



Unione europea
Fondo sociale europeo



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI
DIREZIONE GENERALE PER LE POLITICHE
ATTIVE E PASSIVE DEL LAVORO
DIREZIONE GENERALE PER LE POLITICHE
DEI SERVIZI PER IL LAVORO

fse per il tuo futuro
Programmi operativi nazionali
per la formazione e l'occupazione



179
I LIBRI DEL
FONDO SOCIALE EUROPEO

LE COMPETENZE
TRASVERSALI NELLE
ÉQUIPE DELLA
SALUTE MENTALE

ISFOL
ISTITUTO PER LO SVILUPPO DELLA
FORMAZIONE PROFESSIONALE
DEI LAVORATORI



179
I LIBRI DEL
FONDO SOCIALE EUROPEO

ISSN: 1590-0002

L'ISFOL, ente nazionale di ricerca, opera nel campo della formazione, delle politiche sociali e del lavoro al fine di contribuire alla crescita dell'occupazione, al miglioramento delle risorse umane, all'inclusione sociale e allo sviluppo locale ed è sottoposto alla vigilanza del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. L'ISFOL svolge e promuove attività di studio, ricerca, sperimentazione, documentazione e informazione fornendo un supporto tecnico-scientifico al Parlamento, al Ministero del Lavoro e ad altri Dicasteri, alle Regioni, agli Enti locali ed alle Istituzioni sulle politiche e sui sistemi della formazione ed apprendimento lungo tutto l'arco della vita, del mercato del lavoro e dell'inclusione sociale. Fa parte del Sistema Statistico Nazionale, e collabora con le Istituzioni comunitarie. Svolge inoltre il ruolo di assistenza metodologica e scientifica per le azioni di sistema del Fondo sociale europeo, è Agenzia nazionale *Lifelong Learning Programme* - Programma settoriale Leonardo da Vinci.

Presidente: *Pier Antonio Varesi*

Riferimenti

Corso d'Italia, 33

00198 Roma

Tel. + 39 06854471

Web: www.isfol.it

La Collana

I libri del Fondo sociale europeo

raccoglie e valorizza i risultati tecnico-scientifici conseguiti nei Piani di attività ISFOL per la programmazione di FSE 2007-2013 Obiettivo Convergenza PON "Governance e Azioni di sistema" e Obiettivo Competitività regionale e occupazione PON "Azioni di sistema".

"Le opinioni espresse nel volume impegnano la responsabilità degli autori e non necessariamente riflettono la posizione dell'ente."

La Collana I libri del Fondo sociale europeo è curata da Isabella Pitoni responsabile del Servizio Comunicazione e divulgazione scientifica ISFOL.

Coordinamento editoriale: Valeria Cioccolo, Paola Piras



Unione europea
Fondo sociale europeo



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI
DIREZIONE GENERALE PER LE POLITICHE
ATTIVE E PASSIVE DEL LAVORO
DIREZIONE GENERALE PER LE POLITICHE
DEI SERVIZI PER IL LAVORO

fse per il tuo futuro
Programmi operativi nazionali
per la formazione e l'occupazione

ISFOL

LE COMPETENZE
TRASVERSALI NELLE
ÉQUIPE DELLA SALUTE
MENTALE

ISFOL
ISTITUTO PER LO SVILUPPO DELLA
FORMAZIONE PROFESSIONALE
DEI LAVORATORI

Il volume è stato finanziato dal Fondo sociale europeo nell'ambito del Programma Operativo Nazionale a titolarità del Ministero del lavoro e delle politiche sociali "Azioni di sistema" (ob. Competitività regionale e Occupazione), Asse Occupabilità, Ob. specifico 2.1, in attuazione dei Piani di Attività 2012-2013 di competenza della Direzione generale per le Politiche dei Servizi per il Lavoro, Progetto 6 "Consolidamento e ampliamento del Programma Pro.P nelle regioni obiettivo competitività"

Il volume raccoglie i risultati di una ricerca-intervento realizzata dall'Osservatorio sull'Inclusione Sociale in collaborazione con la società Hay Group e con i Centri Diurni (CD) del Lazio.

Responsabile della ricerca: *Alessandra Felice*

Hanno partecipato al gruppo di lavoro:

per l'Isfol: *Alessandra Felice, Luisa D'Agostino, Grazia Ferri e Nadia Sgaramella;*

per Hay Group: *Luciano Chiussi;*

per i Centri Diurni del Lazio: *Fabio Candidi - CD "Pasquariello" ASL RMA, Gianluigi Di Cesare - CD "Montesanto" ASL RME; Alessandro Dionisi - CD "Monteverde" ASL RMD; Philippe Letourneur - Cooperativa "L'acquedotto" presso CD "Cinecittà" ASL RMB; Patrizia Monti - CD "Frosinone"; Vanni Pecchioli - Cooperativa "Conto alla rovescia" presso CD "Ornitorinco" ASL RMB; Marisa Orsini - CD "Cinecittà" ASL RMB; Carlo Spatocco - CD "Guidonia" ASL RMG; Ilario Volpi - Cooperativa "Il Grande Carro" presso CD "Monteverde" ASL RMD; Stefano Zengarini - CD "Orio Vergani" ASL RMC.*

Il volume è a cura di *Alessandra Felice e Luisa D'Agostino.*

Sono autori del volume: *Fabio Candidi* (cap. 9), *Luciano Chiussi* (cap. 3), *Luisa D'Agostino* (parr. 2.2, 2.3, 2.4), *Gianluigi Di Cesare* (cap. 7), *Alessandro Dionisi* (Appendice), *Alessandra Felice* (Introduzione, cap.1, par.2.1), *Philippe Letourneur* (cap. 8), *Patrizia Monti* (par. 5.1), *Marisa Orsini* (par. 6.1), *Vanni Pecchioli* (Postfazione), *Carlo Spatocco* (cap. 4), *Ilario Volpi* (par. 5.2), *Stefano Zengarini* (par. 6.2).

Si ringraziano tutti gli operatori dei Centri Diurni del Lazio che hanno messo a disposizione la propria esperienza professionale, partecipando numerosi ai diversi *focus group, expert panel* e *workshop* attraverso i quali è stato realizzato questo lavoro.

Testo chiuso: giugno 2012

Copyright (C) [2013] [ISFOL]

Quest'opera è rilasciata sotto i termini della licenza Creative Commons Attribuzione - Non Commerciale -

Condividi allo stesso modo 3.0 Italia License.

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.it>)



ISBN: 978-88-543-0231-0

Indice

Introduzione	9
PARTE I – ANALISI PRELIMINARE DELLE COMPETENZE SOCIO SANITARIE TRASVERSALI DEGLI OPERATORI CHE LAVORANO IN ÉQUIPE	17
1 Il Processo di de-istituzionalizzazione e l'inclusione attiva delle persone con disturbo psichico	19
1.1 Servizi e operatori nelle riflessioni internazionali sulla de-istituzionalizzazione	19
1.2 Rafforzare le reti e l'informazione nelle azioni OMS e OIL	20
1.3 Il Patto per la salute e il benessere mentale nella Comunità Europea	25
1.4 De-istituzionalizzazione, servizi e Centri Diurni per la salute mentale in Italia	27
2 Riflessioni di contesto sulle competenze trasversali dell'équipe di operatori dei Centri Diurni per la salute mentale	29
2.1 Competenze sociali e competenze trasversali: le diverse scuole di pensiero	29
2.2 Le Boterf: dalla qualifica alla competenza individuale e collettiva	31
2.3 L'inventario di Hay Group per la definizione delle competenze	34
2.3.1 <i>La rilevazione delle competenze agite</i>	36
3 Il "Modello" delle competenze trasversali	39
3.1 Obiettivi degli operatori e complessità del contesto	39
3.2 Descrizione del ruolo dell'operatore del Centro Diurno	40
3.3 Le Competenze	42
3.3.1 <i>Le competenze... "in azione"</i>	43
3.3.2 <i>Le competenze socio sanitarie trasversali</i>	44
PARTE II – IL "CAMPO" DELLE COMPETENZE TRASVERSALI	49
4. Una premessa: imparare a disimparare	51
4.1 Il Disimparare nell'apprendimento	53
4.2 Ri-vedere il ruolo	55
4.2.1 <i>Imparare a disimparare al Centro Diurno</i>	55
4.2.2 <i>Itinerari di approfondimento</i>	60
4.3 Imparare a non disimparare in psichiatria	61
5. La connotazione del "Campo delle competenze": "Comunicare" e "Lavorare in Squadra"	67
5.1 Comunicare	69
5.1.1 <i>Definizione e teoria</i>	69
5.1.2 <i>La patologia della comunicazione</i>	72

5.1.3	<i>Le buone pratiche comunicative</i>	78
5.1.4	<i>La comunicazione fra i servizi</i>	81
5.1.5	<i>Comunicazione: la declinazione della competenza</i>	83
5.2	Lavorare in squadra	83
5.2.1	<i>L'evoluzione storica del concetto</i>	83
5.2.2	<i>I vari modi di intendere l'équipe e il gruppo di lavoro</i>	85
5.2.3	<i>Quali caratteristiche per un buon lavoro di squadra</i>	89
5.2.4	<i>Gruppo di lavoro e lavoro di squadra come fattore protettivo</i>	92
5.2.5	<i>Lavorare in squadra: la declinazione della competenza</i>	94
6.	Costruire la fiducia: "Consapevolezza di Sé" ed "Empatia"	97
6.1	Consapevolezza di Sé	97
6.1.1	<i>Mente, corpo, malattia e consapevolezza di Sé</i>	98
6.1.2	<i>La consapevolezza di Sé, che fare</i>	100
6.1.3	<i>In questo lavoro non siamo soli: la famiglia e la consapevolezza di Sé</i>	103
6.1.4	<i>La consapevolezza di Sé: il coraggio di mettersi alla prova</i>	105
6.1.5	<i>Consapevolezza di Sé: la declinazione della competenza</i>	107
6.2	Empatia	107
6.2.1	<i>Empatia e relazione terapeutica</i>	108
6.2.2	<i>Empatia e relazione tra paziente e operatore</i>	109
6.2.3	<i>Empatia e famiglia</i>	113
6.2.4	<i>Empatia e contesti di lavoro: l'inviante, i colleghi, l'équipe</i>	116
6.2.5	<i>Empatia e fenomeni di gruppo all'interno della istituzione</i>	119
6.2.6	<i>Empatia, contesto sociale e problemi di stigma</i>	122
6.2.7	<i>Empatia e salute dell'operatore</i>	123
6.2.8	<i>Empatia: la declinazione della competenza</i>	126
7.	Trovare le soluzioni: "Flessibilità" e "Immaginazione"	127
7.1	Flessibilità	127
7.1.1	<i>La flessibilità come competenza trasversale</i>	128
7.1.2	<i>La flessibilità: permeabilità di confini o violazione di confini?</i>	129
7.1.3	<i>Flessibilità e lavoro di gruppo</i>	131
7.1.4	<i>Dalla flessibilità dell'operatore alla flessibilità del servizio</i>	133
7.1.5	<i>Flessibilità: la declinazione della competenza</i>	135
7.2	Immaginazione	135
7.2.1	<i>L'immaginazione come competenza trasversale</i>	136
7.2.2	<i>L'immaginazione: dote innata o competenza da costruire?</i>	138
7.2.3	<i>Immaginazione: la declinazione della competenza</i>	142
8.	Realizzare il progetto: "Orientamento al risultato" e "Far crescere"	143
8.1	Orientamento al risultato	147
8.1.1	<i>La definizione di obiettivi abilitativi</i>	147
8.1.2	<i>Programma abilitativo e risorse ambientali a disposizione dell'operatore</i>	152
8.1.3	<i>L'orientamento al risultato nell'ambito dell'équipe e della comunità</i>	153
8.1.4	<i>Orientamento al risultato: la declinazione della competenza</i>	155

8.2 Far crescere	155
8.2.1 <i>Far crescere l'utente in ambito riabilitativo</i>	156
8.2.2 <i>Tre approcci metodologici a disposizione dell'operatore</i>	161
8.2.3 <i>Crescita, équipe e comunità</i>	163
8.2.4 <i>Far crescere: la declinazione della competenza</i>	164
9. Il Centro Diurno, laboratorio di nuove competenze professionali	165
9.1 Attribuzione di senso e significato	167
9.2 Possibili approcci teorico-metodologici alla complessità del disturbo mentale	170
9.3 La quotidianità e la dimensione temporale, il lavoro sui piccoli eventi relazionali	171
9.4 Schemi motivazionali	172
9.5 Verso una nuova teorizzazione	174
Postfazione	177
Appendice: Sintesi storica e riflessioni metodologiche	181
I Dall'abbandono sociale all'integrazione socio-sanitaria	181
II La condizione esistenziale e i vissuti specifici e caratteristici delle gravi sindromi dissociative	182
II.1 <i>Bisogni fondamentali che consentono al nucleo della personalità (il Sé) di esprimersi</i>	182
II.2 <i>Comprensibilità della dimensione psicopatologica</i>	184
II.3 <i>Convergenza, complementarità e integrazione</i>	186
II.4 <i>Un metodo terapeutico e relazionale di base, matrice di competenze condivise: la tolleranza della discontinuità</i>	188
III Imparare dall'esperienza: la relazione nei trattamenti terapeutico-riabilitativi	188
III.1 <i>Alcuni parametri per una terapeuticità</i>	188
III.2 <i>Declinazione di alcuni elementi clinico-metodologici</i>	189
IV Il fare come progettualità esistenziale	189
V La mancanza di collaborazione come falso problema	192
V.1 <i>Intersoggettività e dimensione emotiva</i>	192
V.2 <i>Dal paziente non collaborativo alle circostanze e situazioni collaborative</i>	193
VI Gli attributi di contemporaneità per una epistemologia psichiatrica	194
VI.1 <i>Il declino formale della metafisica classica e la situazione del pensiero filosofico contemporaneo, tra ermeneutica e dialettica</i>	194
VI.2 <i>Scienze psicologiche e verifica "scientifica"</i>	197
VI.3 <i>La psichiatria e la psicologia clinica: scienze dell'esperienza relazionale</i>	198
Bibliografia	200

Introduzione

I Centri Diurni per la salute mentale (CD) rappresentano un interessante terreno, ancora poco esplorato, di riflessioni sulle situazioni "fuori-dentro il sociale", di "non lavoro-lavoro" in cui si trovano le persone affette da disturbo psichico, un terreno che permette di elaborare considerazioni diverse sulle soluzioni pre-formative e formative da adottare e sulle passerelle che si costruiscono al loro interno per agevolare l'uscita dalle condizioni di isolamento degli utenti, una occasione interessante per identificare nuove strategie e nuove metodologie, partendo dalla diversità che contraddistingue ogni Centro.

Tanti CD e tante strategie di recupero avviate, tante esperienze diverse di collegamenti con il territorio, che rappresentano un esempio concreto del processo di de-istituzionalizzazione avviato con la L. 180/78 ma che offrono sfaccettature multiformi che rendono difficile una clusterizzazione che faciliti la lettura delle loro caratteristiche.

Il percorso realizzato e la metodologia adottata

Questo volume nasce come risposta alla domanda di analisi delle competenze comuni che contraddistinguono il lavoro delle *équipe* degli operatori dei Centri, ed è frutto di riflessioni che scaturiscono da uno scenario europeo dove le competenze vengono esaminate nell'ambito di un processo molto più articolato di de-istituzionalizzazione e di organizzazione di nuove reti di servizi, e da un'esperienza, iniziata dall'Osservatorio sull'Inclusione Sociale alcuni anni prima con esperti di Hay Group in campi diversi da quello della salute mentale. I lavori precedenti con Hay Group riguardavano le competenze comuni di quegli operatori sociali che, in un rapporto di *mentoring* con la persona, si occupano di tossicodipendenti, di gruppi di auto-aiuto, di detenuti o di giovani *drop out* che si trovano al di fuori dei circuiti formativi e lavorativi.

Si trattava pertanto di esplorare, supportati dalla stessa metodologia di Hay Group ma anche con una nuova *expertise* sviluppata attraverso le sperimentazioni territoriali già realizzate, le competenze socio sanitarie trasversali dell'*équipe* di operatori che accompagna le persone nei loro percorsi di recupero dalla malattia mentale e di inserimento attivo nella società.

Applicare la metodologia Hay Group nella rilevazione delle competenze sociali in ambito sociale aveva rappresentato, per l'Isfol, anche l'occasione di un confronto con metodi e strumenti già sperimentati in contesti aziendali, nati pertanto in ambiti organizzativi lontani dai nostri, ma che possedevano una sufficiente flessibilità per verificare la loro adeguatezza ai nostri obiettivi conoscitivi.

È stato pertanto costituito un *expert panel* composto da 23 operatori che provenivano dai Centri Diurni operanti in provincia di Roma. Questi Centri Diurni presentano una gran ricchezza e diversità di attività, sono dislocati in aree urbane ed extra-urbane, alcuni hanno finalità esclusivamente riabilitative e altri sono dedicati all'inserimento lavorativo degli utenti, in tutti operano professionalità diverse che costituiscono *équipe* integrate.

Pertanto si è ritenuto che l'*expert panel* ben potesse rappresentare le figure presenti in ogni Centro Diurno per la salute mentale operante in Italia: psicologi, infermieri, educatori, maestri d'arte, psichiatri, operatori di cooperative sociali.

Il primo passo è stato quello di realizzare alcuni incontri gestiti con la metodologia Hay Group per identificare e analizzare le competenze che tutti gli operatori mettono in campo nel rapporto con l'utente, indipendentemente dalle loro funzioni e dal loro ruolo all'interno dei CD. Le abbiamo chiamate "trasversali" in quanto:

- sono competenze "condivise" (e quindi comuni) dell'*équipe*,
- sono competenze "aspecifiche" rispetto alle diverse figure professionali in quanto non connotano una professionalità particolare,
- sono competenze "distintive" e proprie del rapporto che ogni operatore instaura con l'utente del Centro.

Da questi incontri è scaturito un primo modello di competenze sociali trasversali che caratterizzano l'operato di tutti i professionisti nei rapporti con le persone che frequentano i Centri. Nel modello vengono specificate competenze e abilità sociali, ma la loro caratteristica maggiore è proprio l'essere il risultato di un lavoro comune che ne ha condiviso la trasversalità, l'essere nate sul campo e diventate patrimonio di tutti gli operatori, siano essi psicologi, educatori, infermieri, amministrativi, indipendentemente dal ruolo e dalle funzioni che compiono e indipendentemente dalle attività e dai servizi del loro Centro.

Il modello di competenze in seguito è stato presentato in plenaria ad un convegno aperto a tutti i Dipartimenti della Salute Mentale e a tutti i Centri Diurni del Lazio, a cui ha partecipato un nutrito gruppo che ha validato e accolto il modello come rappresentativo e congruente con le funzioni che le *équipe* espletano.

L'accoglienza favorevole dei risultati ottenuti ha posto il problema di come utilizzare questo modello, se disseminarlo attraverso una pubblicazione che ne descrivesse le caratteristiche e l'articolazione interna, semplicemente riportando quanto emerso dal lavoro con l'*expert panel*, oppure proseguire nell'analisi avviata.

Successivamente alla presentazione pubblica del modello delle competenze scaturito utilizzando la metodologia Hay Group, con un gruppo di responsabili e operatori, tra i quali il coordinatore dei Centri Diurni del Lazio, si è deciso di lavorare in profondità, al fine di descrivere meglio le competenze, approfondendo anche i diversi livelli di "sapere" e di "saper fare" che vengono messi in atto in ognuna di esse, per rappresentare meglio il "saper essere" di ogni operatore che agisce con quelle competenze.

Infatti nel modello iniziale, le competenze, individuate partendo dalla descrizione del lavoro che ognuno degli operatori svolge all'interno dei CD, erano delineate ancora sommariamente e meritavano una riflessione e una più approfondita discussione, da parte degli stessi operatori e non da parte di "esperti" esterni, quindi più mirate al contesto nel quale vengono messe in opera.

Ognuno dei rappresentanti dei CD nel gruppo ha indicato una competenza alla cui redazione era più interessato. Intuendo la difficoltà del percorso intrapreso e l'impegno che avrebbe richiesto questo lavoro, si è costituito un Gruppo di redazione Isfol-CD che, attraverso riunioni bisettimanali, ha

monitorato, orientato e validato i prodotti di ognuno dei membri, mano a mano che venivano redatti.

Mentre l'apporto dei componenti il Gruppo di redazione rappresentanti dei CD è stato quello di offrire il proprio contributo scritto, sostenendo anche i prodotti degli altri con indicazioni e suggerimenti, il ruolo dell'Isfol nel Gruppo è stato quello di coordinare i lavori, indicando inizialmente una struttura omogenea degli scritti e dei contenuti, nonché di facilitare e di integrare le connessioni tra gli autori, identificando mano a mano i punti forti ed i punti deboli delle interconnessioni e tenendo sempre presente le finalità delle collaborazioni attivate e il prodotto da realizzare. Con queste funzioni, dopo alcuni mesi di lavoro l'Isfol ha richiesto la sostituzione di un componente che aveva descritto una competenza riportando le teorie generali e non tratteggiandone la pratica quotidiana nel CD.

I risultati del lavoro con gli operatori

Durante i mesi di lavoro in cui si veniva sviluppando il percorso di riflessione condivisa, il "Modello delle competenze trasversali" scaturito attraverso il lavoro con Hay Group è diventato il "**Campo delle competenze trasversali**", essendo il "Campo" un termine che rispetta meglio il significato e le caratteristiche del contesto su cui vanno a calarsi le specifiche competenze trasversali. Si è convenuto che mentre il termine "modello" rimanda a un qualcosa di statico e costituito da elementi immutabili, il termine "campo", al contrario, identifica un'area dinamica che, essa stessa, può avere connotazioni specifiche a prescindere dagli elementi che la integrano. Per l'appunto, nel caso del campo delle competenze sociosanitarie trasversali che vengono messe in atto nei rapporti con i soggetti con disturbo psichico, il campo è contrassegnato da due competenze che sono alla base delle altre e che le rendono possibili: "*Comunicare*" e "*Lavorare in squadra*"; esse connotano il campo, agevolando l'impianto ed il consolidamento delle altre competenze.

Forse questo è stato l'intervento più rilevante realizzato dal Gruppo di redazione sul "Modello delle competenze" scaturito attraverso il lavoro fatto con Hay Group, un intervento che ha trasformato la portata e l'equilibrio delle competenze inizialmente identificate e che ha riempito di nuovi significati il lavoro intrapreso.

Altri interventi, di minor portata ma ugualmente pregnanti di significato, sono intervenuti nel proseguo dei lavori. In particolare alcune competenze sono state rinominate ("fantasia" = "immaginazione"; "lavorare in team" = "lavorare in squadra" etc.), così come è stato perfezionato il titolo di un'Area, e "Instaurare fiducia" si è trasformato in "Costruire la fiducia".

Il Gruppo ha poi eseguito un fine lavoro di cesellatura che ha facilitato l'esplicitazione delle competenze agite nell'ambito dei Centri Diurni, creando rimandi e rafforzamenti tra le stesse.

Infatti, non sembra esistere una competenza sociale trasversale "pura", quando le descrizioni e le spiegazioni che si forniscono per ognuna di esse devono far ricorso e/o appoggiarsi anche ad altre competenze, ma neanche è possibile rifugiarsi in un ambito indistinto e imprecisato dove le diversità delle competenze non emergano.

In questo intreccio si inserisce la riflessione sulla necessità, preliminare all'analisi ed allo sviluppo di qualsiasi competenza, di introdurre come premessa la capacità "di imparare a disimparare" dell'operatore, riuscire a fare spazio e avere un'apertura di pensiero che diventa una *conditio sine qua non* in qualsivoglia riflessioni e approcci alle competenze, e che contiene anche l'*ignotizzazione* di cui si riferisce Freud quando parla di "sospendere il giudizio di realtà"

nel rapporto con i pazienti. Il bagaglio di conoscenze dell'operatore non deve condizionare il suo rapporto con il paziente né la realtà dello stesso con interpretazioni precostituite.

Sappiamo che il "Quadro Europeo delle Competenze Chiave" rafforza quanto viene sottolineato da anni, e cioè l'importanza di imparare a imparare, come chiave per l'acquisizione di altre competenze e lo sviluppo delle capacità che si acquisiscono fin dai primi anni della vita, in ambienti e in situazioni formative formali e non formali. L'imparare a imparare è la competenza dell'autonomia dell'individuo e la Commissione europea ne sta attualmente sviluppando un indicatore.¹

Segnalare l'"imparare a disimparare" come una premessa che introduce le riflessioni sulle competenze dell'operatore che lavora per l'inclusione attiva della persona con disturbo psichico diventa un presupposto che, attraverso una virata di prospettiva, afferma anche, con forza, la necessità di porsi all'ascolto senza preconcetti, per imparare dalla realtà del paziente.

"Comunicare" e "Lavorare in squadra" sono le due competenze che permeano e connotano il campo e sono caratterizzate da una condizione di maggiore "trasversalità nella trasversalità" delle competenze sociosanitarie oggetto del nostro lavoro. Le altre sei sono state raggruppate in tre Aree: nella prima: "Costruire la fiducia" ritroviamo le competenze relative alla "Consapevolezza di sé" e all'"Empatia"; l'Area "Realizzare il progetto" accorpa l'"Orientamento al risultato" e "Far crescere", mentre l'Area "Trovare le soluzioni" è caratterizzata dalle due competenze "Flessibilità" e "Immaginazione".

Come già detto, sono competenze che si intrecciano, che a volte hanno poca autonomia una dall'altra e che si manifestano attraverso comportamenti multiformi. Ma che hanno una specificità indiscussa.

Ad una ulteriore lettura, le tre Aree del "Campo" possono rappresentare le prescrizioni che regolano l'agire quotidiano dell'operatore: lavora, a volte in parallelo ed a volte in sinergia con gli altri operatori, per costruire la fiducia, per trovare le soluzioni e così realizzare il progetto.

Ognuna di queste tre prescrizioni viene attuata attraverso le due competenze di base: "Comunicare" e "Lavorare in squadra", ma ogni prescrizione richiede competenze sociosanitarie specifiche, che sono anche più o meno legate a predisposizioni e capacità iniziali della personalità di ogni operatore.

A questo proposito, nell'esaminare le caratteristiche delle competenze descritte dai diversi autori, sembrano emergere alcune differenze che permettono la loro organizzazione in due gruppi distinti:

- un primo gruppo, composto dalla triade "Consapevolezza di sé", "Flessibilità" e "Immaginazione", è rappresentato da competenze il cui sviluppo può essere condizionato da caratteristiche e predisposizioni iniziali della persona, come anche Di Cesare sottolinea nel suo contributo sulla competenza "Immaginazione". Questo limite può essere superato attraverso lo sviluppo collettivo delle stesse, che diventano "competenze in comune";
- un secondo gruppo, che riunisce le altre cinque competenze "Empatia", "Orientamento al risultato", "Far crescere" e "Comunicazione", "Lavorare in squadra" richiede all'operatore

¹ Brussels, SEC(2008) 2177 - COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT accompanying the Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions "Improving competences for the 21st Century: An Agenda for European Cooperation on Schools" - COM(2008) 425, p.14

atteggiamenti proattivi per metterle in atto, avendo un margine di manovra per svilupparle maggiore di quello che ha con le competenze del primo gruppo.

Il profilo dell'operatore, per quanto concerne le sue competenze sociosanitarie trasversali, non sembra quindi essere caratterizzato da competenze il cui sviluppo sia strettamente condizionato dalle predisposizioni personali dell'individuo, ma da competenze sulle quali l'operatore ha una reale possibilità di intervento, se non a livello individuale, sicuramente a livello di gruppo.

In realtà penso che altre competenze potrebbero essere identificate ed inserite nel campo delle competenze sociosanitarie trasversali, e che forse, attraverso riflessioni successive, il Gruppo di redazione potrebbe pervenire alla loro identificazione, ottenendo anche altri risultati, ancor più articolati. Pure a livello europeo il dibattito sulla rilevanza delle competenze agite è stato avviato solo da pochi anni e non penso che questo sia un lavoro definitivo, piuttosto che rappresenti una pista di riflessione matura ma non esaurita.

Eppure un grande risultato è stato ottenuto.

Le competenze sociosanitarie trasversali, espressioni di una nuova metodologia di lavoro

Questo risultato non è circoscritto, né si limita all'aver individuato ed esaminato collettivamente le competenze trasversali che caratterizzano il lavoro degli operatori della salute mentale, quanto piuttosto è rappresentato dall'aver fatto emergere, attraverso le riflessioni degli stessi operatori sulle competenze che agiscono nel loro lavoro quotidiano, *la metodologia* che permea il loro lavoro, *indipendentemente dalla configurazione dei Centri e dal ruolo che gli operatori espletano.*

Le competenze sociosanitarie trasversali sono diventate così il *signum* ed il *symbolum* di una metodologia, di una impostazione di conoscenze e di lavoro che va al di là dei contenuti e che determina il *modus operandi* degli operatori.

In altre parole, il valore aggiunto che la riflessione sulle competenze sociosanitarie trasversali permette di far emergere è la messa in atto di una metodologia di lavoro sviluppata in modo implicito dai *team* che operano nei Centri, qualsiasi sia la natura del loro lavoro e delle attività che svolgono.

Attraverso la riflessione sulle competenze sociosanitarie trasversali e la loro descrizione, affiora una natura del lavoro caratterizzata da una metodologia collettiva, condivisa, basata su approcci aperti ed empatici, che facilita il misurarsi con le novità e con il mettersi sempre in gioco, una metodologia costruita sulla relazionalità con l'altro e sul cambiamento.

È una metodologia finalizzata al migliore sviluppo della relazione tra operatori e utenti dei Centri Diurni, che facilita l' incisività del loro intervento e si basa su alcuni principi chiave, al fine di assicurare dei procedimenti organizzati, ripetibili e auto-correggibili:

- progettazione continua,
- ascolto,
- condivisione,
- interscambiabilità,
- integrazione,
- verifica costante.

Niente d'imposto, niente di unidirezionale, niente di assoluto. Una metodologia che facilita la costante evoluzione del rapporto operatore-utente, che integra la dimensione dell'ascolto come principio basilare e prevede la messa in campo e l'integrazione di esperienze e di conoscenze multiformi e molteplici, fino a quando l'operatore ottiene risposte e risultati efficaci e adeguati ai bisogni dei pazienti

Si potrebbe pertanto affermare che, attraverso l'analisi e la descrizione delle competenze sociosanitarie trasversali degli operatori, abbiamo toccato la punta dell'*iceberg* che è sostenuta da fondamenti metodologici assolutamente innovativi, che favoriscono il processo di recupero dei "ragazzi" sulla base delle loro esigenze reali (non solo rientranti nell'ambito della salute) e del loro *background*, in un ambiente sinergico e integrato.

Per favorire l'acquisizione e/o lo sviluppo di nuove capacità comportamentali degli utenti, alle metodologie tradizionali, codificate attraverso l'espletamento di precise mansioni correlate a precisi ruoli professionali, nel Centro Diurno si è sviluppata una metodologia innovativa di lavoro, di tipo esperienziale, anche in modalità *outdoor*. Un approccio che consente di sviluppare capacità comportamentali attraverso la sperimentazione e il confronto in contesti informali. Lo sviluppo e il radicamento di questa metodologia sono stati consentiti proprio dalle competenze sociosanitarie trasversali degli operatori.

Una ultima annotazione: dai vari contributi emerge come il lavoro quotidiano con un paziente con disturbo mentale venga eseguito dagli operatori con estrema attenzione e delicatezza, e come le parole con cui gli si rivolgono possano avere valenze e sfumature inaspettate.

Alessandra Felice

I contenuti della pubblicazione costituiscono il risultato di un lavoro realizzato dall'Isfol con il coinvolgimento degli operatori dei Centri Diurni di Roma e del Lazio, e delle cooperative sociali integrate che operano all'interno di questi servizi, che in questi anni hanno contribuito significativamente alla sperimentazione di interventi innovativi per l'inclusione attiva delle persone con disturbo psichico.

Nella prima parte si introduce il tema delle competenze, collocato all'interno di un dibattito internazionale orientato alla de-istituzionalizzazione, alla creazione di nuovi servizi e alla formazione degli operatori. Si presentano, inoltre, riflessioni di contesto sulle competenze sociali e trasversali, di cui si approfondisce la metodologia di Hay Group utilizzata dall'Isfol per identificare un primo Modello di competenze.

Nella seconda parte del volume, invece, si presenta il "Campo delle competenze trasversali" che costituisce una evoluzione del Modello.

Per facilitare la comprensione nelle diverse competenze sono state inseriti alcuni racconti esemplificativi, rappresentativi di situazioni-tipo, capaci di far emergere:

- cosa si deve conoscere;
- come/cosa si deve o si può fare;
- quali requisiti bisogna mettere in campo per avere successo.

Si tratta in pratica di brevi racconti di episodi che contribuiscono ad illustrare l'applicazione della specifica competenza, descrittivi di alcune situazioni che servono ad illustrare come la competenza specifica sia agita nella situazione contingente e come sia strettamente collegata alle altre competenze.

Chiudono il volume alcune riflessioni sullo sviluppo storico, metodologico e operativo dei Centri Diurni.

I contenuti della seconda parte sono il risultato di un lavoro di approfondimento realizzato dall'Isfol con un gruppo di redazione composto da psichiatri e psicologi dei Centri Diurni del Lazio, selezionati in quanto già autori di contributi e riflessioni sulle loro esperienze lavorative.

In particolare, tali approfondimenti sono stati elaborati da:

- Fabio Candidi, psicologo, responsabile del "CD Pasquariello", a Roma;
- Gianluigi Di Cesare, psichiatra, responsabile del "CD Montesanto", a Roma;
- Alessandro Dionisi, psichiatra, responsabile del "CD Monteverde", a Roma;
- Philippe Letourneur, psicologo, ex operatore della cooperativa sociale integrata "L'acquedotto" presso il "CD Cinecittà", a Roma;
- Patrizia Monti, psicologa, responsabile del CD di Frosinone;
- Vanni Pecchioli, psicologo, presidente della cooperativa sociale integrata 'Conto alla rovescia' presso il "CD Ornitorinco", a Roma;
- Marisa Orsini, psicologa, responsabile del "CD Cinecittà", a Roma;
- Carlo Spatocco, psicologo, responsabile del CD di Guidonia (RM);
- Ilario Volpi, psicologo, presidente della cooperativa sociale integrata "Il Grande Carro" presso il "CD Monteverde", a Roma;
- Stefano Zengarini, psicologo, responsabile del "CD Orio Vergani", a Roma.

PARTE I:

**ANALISI PRELIMINARE DELLE COMPETENZE
SOCIOSANITARIE TRASVERSALI DEGLI OPERATORI
CHE LAVORANO IN ÉQUIPE**

1 Il processo di de-istituzionalizzazione e l'inclusione attiva delle persone con disturbo psichico

1.1 Servizi e operatori nelle riflessioni internazionali sulla de-istituzionalizzazione

La salute mentale riflette l'equilibrio tra l'individuo e l'ambiente, è influenzata da fattori biologici e psicologici, dalle interazioni familiari e sociali, dalle strutture e dalle risorse della società, nonché da valori culturali. L'entità del problema (si stima che l'un per cento della popolazione soffra di gravi malattie mentali e che il quattro per cento almeno una volta nella vita debba affrontare importanti problemi mentali che incidono fortemente nella sua vita attiva), nonché le sue varie implicazioni in ambito socio-lavorativo hanno fatto sì che non solo la Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ma anche l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) e la Commissione Europea in quest'ultimo decennio intervenissero attivamente nel campo della salute mentale, avviando programmi complessi e cofinanziando azioni, programmi e progetti che affrontano la promozione e la tutela della salute mentale.

Sicuramente le azioni intraprese dalla Commissione Europea e dagli altri organismi internazionali hanno fortemente contribuito a sviluppare l'interesse degli Stati membri su questo problema. La sua conoscenza, promozione e consapevolezza si stanno estendendo rapidamente e con esse stanno cambiando atteggiamenti e comportamenti.

In tutti i nuovi programmi europei e internazionali la riforma della cura della salute mentale si riflette in primis nel passaggio da un'offerta di servizi "*hospital-based*" a servizi "*community-based*", nella cui organizzazione si stanno facendo significativi progressi, anche sulla scia dell'esempio italiano del processo avviato con la L.180/78.

Il rispetto per i diritti delle persone comporta il loro diritto a ricevere i trattamenti e gli interventi più efficaci per la loro salute, che tengano in considerazione la loro cultura, religione, genere e aspirazioni, sostenuti da una rete di servizi "*community-based*" che devono lavorare in sinergia per facilitare la loro integrazione sociale e l'inclusione attiva. Si intende con quest'ultima espressione non solo l'utilizzo dei servizi medici più adeguati, ma anche un collegamento con il mercato del lavoro, un accesso più facile ai servizi e la percezione di un reddito, al fine di garantire un livello di vita decente, attraverso la formazione, il dialogo sociale, una legislazione adeguata e la giustizia sociale.

Infatti, la condizione di esclusione sociale delle persone affette da problemi mentali rappresenta molto più che un semplice svantaggio economico, indica la non partecipazione alla vita economica, sociale, politica e culturale, con il conseguente isolamento che questo comporta. Pertanto l'inclusione sociale può essere definita in termini di diritti di accesso al mondo socio-economico, a nuove opportunità che possono essere colte nell'istruzione, nei rapporti sociali

e familiari, nel lavoro, nella possibilità di avere un'abitazione, di mantenere relazioni e nel recupero di uno status.

Proprio la risposta a questa molteplicità di elementi da affrontare per combattere l'esclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale ha comportato la de-istituzionalizzazione attraverso l'offerta di nuovi servizi basati sulla comunità, in un processo che ancora non è concluso, ma che comporta anche la formazione degli operatori e la lotta ai pregiudizi.

Infatti, lavorare per la de-istituzionalizzazione e contrapporre una rete di servizi territoriali al manicomio, all'ospedale o alla clinica per lungodegenti implica, per le istituzioni responsabili della programmazione, ma anche per la società in generale, la necessità di sviluppare e rafforzare il ruolo e le competenze degli operatori dei servizi, non essendo sufficiente l'opera dello specialista nella malattia mentale per facilitare l'inclusione delle persone. Significa lottare contro i pregiudizi presenti nella società civile, che permeano anche l'ambiente di lavoro.

1.2 Rafforzare le reti e l'informazione nelle azioni OMS e OIL

Esaminando alcuni dei principali interventi che le più importanti agenzie internazionali hanno avviato nel campo della salute mentale in quest'ultimo decennio, notiamo come questi riguardino fondamentalmente tematiche orientate a:

- i) rafforzare le reti degli operatori e dei servizi, attraverso il disegno di nuove politiche integrate e formative;
- ii) diffondere una cultura inclusiva attraverso un'informazione mirata al rispetto dei diritti delle persone più lontane dal mercato del lavoro e all'abbattimento dei pregiudizi.

Di seguito si presentano alcuni programmi/progetti che l'OIL e la Commissione Europea hanno avviato su questi due temi.

i) Rafforzare le reti degli operatori e dei servizi, attraverso il disegno di nuove politiche integrate e formative

In quest'ultimo decennio, il notevole sostegno alla de-istituzionalizzazione da parte degli organismi internazionali si è tradotto nella nascita di interventi dedicati allo sviluppo di politiche, strumenti e strategie per migliorare i servizi territoriali.

Su questo fronte vediamo l'impegno dell'OMS, che ha elaborato e diffuso numerose e significative pubblicazioni destinate agli Stati, ai *policy makers* e agli operatori del territorio, mettendo a disposizione dei soggetti interessati anche pacchetti formativi indirizzati alla rete territoriale: l'intervento sui servizi è corredato da materiali dedicati allo sviluppo delle competenze dei diversi soggetti che intervengono nella presa in carico delle persone con problemi mentali, siano essi programmatori, amministratori, operatori specializzati o volontari.

Già nel 2000, per interventi di cura a un primo livello la OMS aveva diffuso un Kit di Formazione (OMS 2005) per una prima diagnosi e trattamento di disordini mentali comuni, al fine di migliorare l'*expertise* del medico di base anche sulle tematiche della salute mentale, promuovendo la cooperazione e la comunicazione con i servizi di salute mentale specializzati. Il

Kit consiste in guide di accertamento della presenza del disordine mentale, opuscoli informativi, questionari e un CD-ROM.

Negli anni successivi aveva diffuso un pacchetto di linee guida destinato ai responsabili della programmazione: *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package*² offrendo informazione pratica per sostenere i Paesi nel migliorare la salute mentale della popolazione.

Uno dei moduli è dedicato alla *Human Resources and Training in Mental Health*.

Lo scopo del pacchetto di linee guida è quello di assistere i decisori politici e progettisti a:

- sviluppare una politica e una strategia globale per migliorare la salute mentale delle popolazioni;
- utilizzare le risorse esistenti per ottenere i massimi benefici possibili;
- fornire servizi efficaci alle persone bisognose;
- contribuire al reinserimento delle persone con disturbi mentali in tutti gli aspetti della vita della comunità, migliorando così la qualità della vita in generale.

Il WHO MIND Project (*Mental Health Improvement for Nations' Development*), è quindi destinato ai *policy makers* e disegnato per assistere la *capacity building* dei paesi, attraverso l'accesso a materiali educativi, guide pratiche e consultazioni collaborative con esperti della OMS, al fine di creare e implementare politiche nazionali sulla salute mentale, programmi, legislazione e servizi che possano effettivamente orientare i bisogni dei Paesi. Il progetto è aperto a tutti i Paesi che vogliono migliorare i loro sistemi di salute mentale. Consiste di quattro componenti, ognuno interrelato agli altri.

Per quanto riguarda il programma di formazione, sono stati progettati 14 *workshop* a integrazione del *Guidance Package*. Ogni *workshop* è facilitato da consulenti tecnici provenienti dalla rete internazionale di esperti dell'OMS. Il metodo di formazione unisce le sessioni didattiche in cui sono presentati i materiali tecnici, con piccoli esercizi di gruppo che ricorrono a un approccio di "*case study*" e "*problem solving*". Si tratta di *workshop* rivolti a chi è responsabile della creazione, sviluppo ed erogazione sostenibile di strategie di salute mentale a livello nazionale, regionale e di distretto. I *workshop* mettono i partecipanti in condizione di:

- comprendere e applicare le informazioni acquisite attraverso i *workshop* e il *Guidance Package*;
- comprendere i concetti, i processi e i campi operativi necessari a sviluppare appropriate strategie per soddisfare i bisogni di salute mentale nei loro paesi;
- sviluppare un piano di azione che essi possano applicare nelle loro realtà.

Successivamente la OMS ha lanciato anche il programma di azione multimediale *Mental Health Action Programme Gap (mhGAP)*(OMS 2008), "Programma di azione per superare

² Il pacchetto di Linee Guida consiste in una serie di moduli, correlati tra loro, che sono progettati per affrontare la varietà di esigenze, le priorità di sviluppo delle politiche e la pianificazione dei servizi. Il tema di ogni modulo rappresenta un aspetto fondamentale della salute mentale: Il contesto della salute mentale, Politica della Salute Mentale, Piani e Programmi, Finanziamento della salute mentale, Legislazione della Salute Mentale e Diritti Umani, Sostegno per la salute mentale, Organizzazione dei servizi per la salute mentale,

gli ostacoli nella salute mentale", per aiutare i Paesi a rafforzare i servizi dedicati ai disturbi mentali, neurologici e di abuso di sostanze. Il programma fornisce conoscenze e competenze agli operatori di assistenza sanitaria come medici generici, infermieri e operatori sanitari per identificare e gestire questi disturbi. Alla base vi è la convinzione che "con la cura adeguata, l'assistenza psicosociale e i farmaci, decine di milioni di persone potrebbero essere trattati per la depressione, la schizofrenia e l'epilessia, sarebbe impedito il suicidio e inizierebbero a condurre una vita normale, anche dove le risorse sono scarse".

Mentre molte azioni della OMS sono orientate a intervenire sulla de-istituzionalizzazione attraverso lo sviluppo delle reti dei servizi comunitari e la formazione degli operatori della rete, le azioni dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro sono dirette piuttosto al rafforzamento dei diritti delle persone attraverso la diffusione di un'ampia documentazione informativa destinata ai datori di lavoro, ai sindacati e agli operatori del mercato del lavoro. I suoi pacchetti formativi sono indirizzati alla salute sul luogo di lavoro in generale, tra i quali si segnala il nuovo pacchetto SOLVE (2011-2012), realizzato con il fine di integrare la promozione della salute nelle pratiche lavorative.

Il pacchetto si articola in nove temi: stress e stress economico, violenza, fumo e luoghi di lavoro liberi da fumo, alcol e droghe, nutrizione, attività fisica, sonno sano, e HIV/AIDS. Il pacchetto comprende una cartella di lavoro per il partecipante, la guida per il facilitatore, i programmi delle lezioni e un CD-ROM con le presentazioni e il materiale documentale. Il SOLVE si concentra sulla prevenzione dei rischi psicosociali e la promozione della salute e del benessere sul luogo di lavoro attraverso indicazioni politiche e di azione.

ii) Diffondere una cultura inclusiva attraverso un'informazione mirata e l'abbattimento dei pregiudizi.

La de-istituzionalizzazione comporta anche il coinvolgimento di istituzioni e di soggetti territoriali prima estranei alle problematiche specifiche dell'inclusione sociale delle persone con disturbo psichico ed è di quest'ultimo decennio la diffusione di studi e documenti che interessano direttamente il mondo del lavoro. Secondo i dati OIL, i tassi di disoccupazione variano tra i diversi tipi di disabilità, ma il più alto tasso è quello relativo alle persone con una malattia mentale: "Nel Regno Unito, si stima che un 75 per cento delle persone in età lavorativa affette da queste malattie sono disoccupate. In Svizzera, la malattia mentale è la ragione più importante per rivendicare i benefici per la disabilità, che rappresentano oltre il 40 per cento del totale" (ILO, 2007).

Per l'OIL, ogni individuo ha diritto a un lavoro dignitoso e produttivo in condizioni di libertà, equità, sicurezza e dignità umana. Per le persone con disabilità mentali e problemi di salute, il raggiungimento di tale diritto è particolarmente impegnativo. Il mandato in materia di disabilità è previsto dalla Convenzione OIL concernente la Riabilitazione professionale e l'Occupazione di Persone Disabili No. 159 (1983), che stabilisce il principio della parità di trattamento e di occupazione per i lavoratori con disabilità.

La Convenzione definisce una persona disabile come "un individuo le cui prospettive di assicurare, mantenere e portare avanti un'occupazione adatta sono sostanzialmente ridotte a causa di una menomazione fisica o mentale debitamente riconosciuta". I pregiudizi e lo stigma che

accompagnano l'inclusione attiva di queste persone rappresentano uno dei maggiori ostacoli che richiedono azioni diffuse di informazione destinate a tutti i soggetti che intervengono nel mondo del lavoro.

Già negli studi e nelle pubblicazioni dei primi anni del 2000 l'OIL sottolineava il fatto che l'incidenza dei problemi di salute mentale siano in aumento tra i lavoratori, che ben uno su dieci lavoratori soffre di depressione, ansia, stress o di *burnout*, che portano, in alcuni casi, alla disoccupazione e alla ospedalizzazione. Ma la crisi economica che investe attualmente tutte le economie sta comportando, per l'OIL, ancora maggiori rischi psicosociali sul lavoro, ponendo la salute mentale ai primi posti dell'attenzione ai fattori che incidono sulla salute dei lavoratori "a causa della intensificazione del lavoro, dell'*outsourcing* e delle ristrutturazioni e la paura di perdere il posto di lavoro, l'impatto di tali condizioni sullo stress dei lavoratori e sulla salute mentale può essere considerevole nella società in generale".

Fondamentale pertanto diviene il sostenere le pari opportunità di lavoro e la creazione di efficaci programmi di prevenzione e di riabilitazione professionale per le persone con disabilità, comprendendo tra queste anche le persone con disabilità mentale (XIX World Congress on Safety and Health at Work – ILO Introduction 1.2, 2011).

Non si riscontrano studi approfonditi dedicati alle passerelle tra non-lavoro e lavoro delle persone con disturbo psichico da parte dell'OIL, che solo nel 2000 ha diffuso un unico studio specificatamente dedicato al lavoro delle persone con problemi di salute mentale e all'impatto di questa problematica sulla produttività delle imprese e sui suoi costi sociali: *Mental Health in the Workplace*. In esso, si afferma che "sempre di più, i sindacati e le organizzazioni dei datori di lavoro e i responsabili politici del governo si stanno rendendo conto che costi sociali ed economici dei problemi di salute mentale sul luogo di lavoro non possono essere ignorati" (ILO, 2000 pag. 1).

Il documento sottolinea l'importanza di un lavoro dignitoso nel migliorare l'integrazione economica e sociale delle persone affette da difficoltà di salute mentale, analizzando le esperienze di cinque paesi: Finlandia, Germania, Polonia, Regno Unito e Stati Uniti. Diversi i temi affrontati: "Analogie e differenze tra i cinque paesi", "Dimensioni del problema", "Lo stress da lavoro", "I costi associati con problemi di salute mentale", "Legislazione", "Accesso ai servizi", "Il ruolo del governo e parti sociali", "Prassi dei datori di lavoro nei luoghi di lavoro".

Assieme all'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'OIL ha successivamente diffuso un documento che riporta buona parte del report che abbiamo appena segnalato: "Salute mentale e lavoro: l'impatto, le questioni e le buone pratiche", in cui le due organizzazioni internazionali, per la prima volta a livello mondiale, ribadiscono l'importanza del lavoro come "meccanismo per la reintegrazione delle persone con serie malattie mentali", dedicando a questo tema una sezione del documento.

Il trattare le problematiche della salute mentale con l'insieme dei temi sulla salute in ambito lavorativo è un'impostazione presente anche nel Codice di Pratiche, che viene diffuso in quegli anni e che affronta la gestione delle tematiche della disabilità sul posto di lavoro al fine di: garantire che le persone con disabilità abbiano pari opportunità sul posto di lavoro; promuovere il miglioramento delle prospettive occupazionali per le persone con disabilità per agevolare le assunzioni, tornare al lavoro, mantenere il lavoro e per le opportunità di

avanzamento; promuovere un ambiente di lavoro sicuro, accessibile e sano; garantire che le spese dei datori di lavoro associati alla disabilità tra i dipendenti siano ridotte al minimo; massimizzare il contributo che i lavoratori con disabilità possono dare all'impresa.

Sono invece numerose le pubblicazioni OMS³ che si occupano specificamente della difesa dei diritti delle persone con problemi di salute mentale, della lotta contro stigma e discriminazioni, attraverso la messa in rete di informazioni e di guide pratiche. Secondo i dati diffusi durante il *Third meeting of the WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Forum* (Ginevra, ottobre 2011), una persona su quattro avrà bisogno di cure di salute mentale ad un certo punto della sua vita, ma in molti paesi solo il due per cento di tutte le risorse del settore sanitario sono investite in servizi di salute mentale.

I dati scaturiscono dal *WHO Mental Health Atlas 2011*, che permette di evidenziare come la maggior parte di queste risorse siano spesso spese per servizi che servono relativamente poche persone. I disturbi mentali, neurologici e connessi all'uso di sostanze sono comuni in tutte le regioni del mondo e colpiscono ogni comunità e gruppo di età in tutti i Paesi. "I disturbi mentali causano il 13% degli oneri, mentre la percentuale di budget di salute assegnato ad essi è inferiore al 3%. Questo è il divario che *mhGAP* sta cercando di colmare".

Durante il *Meeting* è stato ribadito che i governi tendono a spendere la maggior parte delle loro scarse risorse di salute mentale per gli anziani e per i lungodegenti negli ospedali psichiatrici. L'Atlas 2011 evidenzia squilibri nella spesa ma anche nella organizzazione delle cure. Secondo l'OMS, buoni servizi di salute mentale si evidenziano quando forniscono ai pazienti una combinazione di farmaci e di assistenza psicosociale.

In molti Paesi, tuttavia, la carenza di risorse e competenze spesso sfociano nel trattare i pazienti solo con farmaci. La mancanza di assistenza psicosociale riduce l'efficacia del trattamento. Nel frattempo, molte persone non hanno accesso ai servizi di salute mentale

Nel 2012 l'OMS ha anche pubblicato una guida, primo documento informativo dedicato a tutti i servizi che intervengono nella cura della salute mentale: il *WHO QualityRights Tool Kit. Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*⁴. È una guida pratica sui diritti umani e sugli standard qualitativi che dovrebbero essere contemplati nel rispetto dei fruitori sia esterni che interni delle strutture della salute mentale e di assistenza sociale che erogano servizi alle "persone con disabilità mentali", cioè a coloro che hanno problemi mentali, deficit neurologici, intellettuali o disturbi da uso di sostanze.

³ Il rapporto OMS "Mental health young" 2012 riporta le azioni intraprese da una serie di organizzazioni internazionali per rispondere ai bisogni di salute mentale degli adolescenti a livello nazionale. È stato realizzato in collaborazione con l'UNICEF.

⁴ Il termine "struttura" si riferisce a qualsiasi luogo dove le persone con disabilità mentali vivono o ricevono le cure, il trattamento e / o la riabilitazione. Questi includono: ospedali psichiatrici; reparti psichiatrici negli ospedali generali, servizi ambulatoriali (compresi centri comunitari di salute mentale o di abuso di sostanze, cliniche di cure primarie e assistenza ambulatoriale); centri diurni per persone con disabilità mentali e sociali, case di cura (compresi orfanotrofi, case per anziani, case per bambini con disabilità intellettiva, nonché tutte le altre tipologie di case). WHO QualityRights tool kit, 2012, p.3

1.3 Il Patto per la salute e il benessere mentale nella Comunità Europea

"..Secondo le stime dell'OMS, i disturbi mentali colpiscono un cittadino su quattro almeno una volta nella vita e sono presenti in oltre il 10 % della popolazione dell'UE ogni anno;

.. il suicidio rimane una causa significativa di morte prematura in Europa, con oltre 50 000 decessi ogni anno nell'UE, e che in nove casi su dieci è preceduto dall'insorgere di disturbi mentali;

..esistono notevoli disparità nello stato di salute mentale tra gli Stati membri, all'interno degli Stati membri e anche tra gruppi sociali, i più vulnerabili dei quali sono quelli più svantaggiati sul piano socioeconomico;

..i fattori determinanti della salute e del benessere mentale, quali l'esclusione sociale, la povertà, la disoccupazione, le cattive condizioni abitative e di lavoro, i problemi legati all'istruzione, l'abuso, l'abbandono e il maltrattamento di minori, le disuguaglianze di genere nonché fattori di rischio quali abuso di alcol e droghe, sono multifattoriali e si riscontrano in molti casi al di fuori dei sistemi sanitari, e che pertanto il miglioramento della salute e del benessere mentale della popolazione richiede partenariati innovativi tra il settore sanitario e altri settori come gli affari sociali, l'edilizia abitativa" (Conclusioni Consiglio dell'Unione Europea sul Patto per la salute e il benessere mentale: risultati e azioni future in GUUE 2011/c 202/01 dell'8 luglio 2011)

È del 1999 la prima Risoluzione del Consiglio dell'Unione Europea sulla promozione della salute mentale, dove si invitava gli Stati membri e la Commissione ad avviare attività di ricerca e di intervento per affrontare le problematiche connesse alla carenza di salute mentale.

Da allora, sono stati sviluppati molteplici interventi volti a migliorare e diffondere le informazioni, a sensibilizzare e coinvolgere i *policy makers* e le istituzioni direttamente interessati al problema, a promuovere politiche inclusive a partire dal rafforzamento dei processi avviati con una de-istituzionalizzazione che tutti gli organismi dell'Unione Europea auspicano venga attuata e rafforzata in tutti i Paesi.

Le modalità d'intervento auspiccate dall'UE sono complementari a quelle delineate dalla Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro, agendo principalmente attraverso Raccomandazioni e Programmi che promuovono il rafforzamento dei nuovi servizi e sostenendo le passerelle che portano al lavoro, con un accento particolare dedicato alle figure degli operatori e alle loro competenze.

Indubbiamente l'elemento più significativo che contraddistingue la politica dell'Unione nei riguardi della salute mentale in questi ultimi anni è stato il processo avviato dalla Consultazione europea promossa dal Libro verde sulla salute mentale (Com 2005, 484). In esso non solo viene sintetizzata la politica europea degli ultimi anni (politica sanitaria, politiche sociali e occupazionali, programmi quadro di ricerca, politiche nei settori della società dell'informazione e dei mezzi di comunicazione, politica regionale, politica dell'istruzione e politiche comunitarie in tema di libertà, giustizia e sicurezza), che evidenzia un interesse a 360° per le problematiche della salute mentale, ma anche avvia un processo di consultazione globale in cui coinvolge tutti i soggetti interessati e, allo stesso tempo, rafforza la de-istituzionalizzazione come elemento fondamentale per l'inclusione sociale delle persone affette da problematiche mentali. Nel promuovere l'inclusione sociale delle persone affette da malattie psichiche o handicap e tutelare i loro diritti fondamentali e la loro dignità, nel Libro verde si afferma che "...la

deistituzionalizzazione dei servizi psichiatrici e l'istituzione di servizi in centri medici di base locali e negli ospedali generali, secondo le necessità dei pazienti e delle loro famiglie, possono agevolare l'inclusione sociale. I grandi ospedali psichiatrici possono facilmente contribuire alle stigmatizzazioni. Nell'ambito delle riforme dei servizi psichiatrici numerosi paesi si stanno allontanando da un trattamento terapeutico presso grandi istituti psichiatrici (che in alcuni nuovi Stati membri costituiscono ancora un'ampia percentuale dell'infrastruttura di tali servizi) verso servizi a livello locale. Tale evoluzione è accompagnata da una formazione dei pazienti, delle famiglie e del personale ai fini di una partecipazione attiva mediante strategie di responsabilizzazione" (Libro verde, 2005 pag. 11).

La consultazione avviata dal Libro verde ha dato vita alla realizzazione della conferenza dell'UE sulla salute mentale del 13 giugno 2008 in cui è stato diffuso il Patto Europeo per la salute e il benessere mentale, che negli anni successivi è stato attuato attraverso cinque conferenze europee sulle 5 priorità indicate dal Patto: prevenzione del suicidio e della depressione, salute mentale tra i giovani e nel mondo della scuola, salute mentale sul lavoro, salute mentale tra gli anziani, lotta contro la stigmatizzazione e l'esclusione sociale.

Nelle "Conclusioni del Consiglio sul patto europeo per la salute e il benessere mentale: risultati e azioni future" del 2011, il Consiglio dell'Unione Europea "invita gli Stati membri e la Commissione a:

- proseguire la cooperazione intesa a dare seguito al Patto Europeo per la salute e il benessere mentale,
- istituire un'azione congiunta sulla salute e sul benessere mentale nell'ambito del programma di sanità pubblica dell'UE per il periodo 2008-2013 che fornisca una piattaforma per lo scambio di opinioni, la cooperazione e il coordinamento tra Stati membri, al fine di individuare buone prassi e buoni approcci strategici basati su prove scientifiche e di analizzare attività, in particolare nei seguenti settori:
 - affrontare i disturbi mentali mediante i sistemi sanitari e sociali,
 - adottare misure contro la depressione basate su prove scientifiche,
 - costruire partenariati innovativi tra il settore sanitario e altri settori pertinenti (per esempio sociale, educativo, occupazionale) al fine di analizzare l'impatto delle politiche sulla salute mentale, affrontare i problemi di salute mentale a carico di gruppi vulnerabili e i legami tra povertà e problemi di salute mentale, prendere provvedimenti in materia di prevenzione dei suicidi, promuovere la salute e il benessere mentale e prevenire i disturbi mentali in diversi contesti, quali luoghi di lavoro e strutture di istruzione,
 - gestire l'evoluzione di approcci alla salute mentale a livello locale e socialmente inclusivi,
 - migliorare i dati e le prove scientifiche sullo stato di salute mentale delle popolazioni,
 - sostenere la ricerca interdisciplinare sulla salute mentale,
 - trarre il massimo profitto dalla giornata mondiale della salute mentale a livello europeo, nazionale e regionale mediante azioni adeguate di sensibilizzazione" (Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea C 202 dell'8/7/2011, p.3).

1.4 De-istituzionalizzazione, servizi e Centri Diurni per la salute mentale in Italia

Tra il 1977 e il 1978 in Italia vengono emanate importanti leggi che sanciscono i risultati della lotta per la de-istituzionalizzazione e per l'inclusione nella società delle persone più fragili ed emarginate: le persone con disturbo psichico vengono reintegrate nella società (legge 180/78, la legge 833/78), i bambini diversamente abili nella scuola dell'obbligo (legge 517/77), i giovani adolescenti nella formazione professionale (legge 845/78). Vent'anni dopo abbiamo avuto un periodo altrettanto importante che inizia con la legge 104/92 e si concretizza nella legge 328/00 che sancisce i diritti di cittadinanza attiva delle persone più emarginate e i doveri dei servizi di sostegno condiviso attraverso reti territoriali che ratificano la de-istituzionalizzazione.

Il sodalizio tra servizi sanitari e servizi sociali trasforma i Piani di Zona comunali in uno dei baluardi più importanti del processo di de-istituzionalizzazione italiano, all'interno del quale i Centri Diurni diventano, per gli utenti, innovativi laboratori di passerelle tra famiglia, lavoro e spazio e tempo socializzanti per le persone più fragili.

Diverse le vicende che caratterizzano la nascita dei Centri Diurni come servizi dedicati a diversi *target group* e non solo facenti capo alla salute mentale. Ad oggi, notiamo che vi è una pluralità di termini per indicare servizi analoghi, denotando una varietà di ipotesi progettuali, accomunate dalla necessità di fornire una risposta diurna, ma differenziata da vari fattori quali: il contesto di riferimento, le esigenze delle persone, le risorse a disposizione, le prospettive di sviluppo ecc. La legge 104/92, all'art. 8 prevede "l'istituzione o adattamento di centri socio-riabilitativi ed educativi diurni, a valenza educativa, che perseguano lo scopo di rendere possibile una vita di relazione a persone temporaneamente o permanentemente handicappate, che abbiano assolto l'obbligo scolastico, e le cui verificate potenzialità residue non consentano idonee forme di integrazione lavorativa". Se questa è la norma generale, in ogni Regione e sulla base di provvedimenti locali si sono successivamente precisati gli standard gestionali e, soprattutto, la ripartizione dei carichi finanziari.

A seconda delle Regioni si assiste non solo a una diversificazione dei Centri, ma anche ad una diversificazione nel loro finanziamento. In alcune situazioni si registra la presa in carico totale dei Centri Diurni da parte del servizio sanitario regionale, come centri ex articolo 26 della legge 833/78; in altre invece alcuni Comuni finanziano i Centri Diurni riabilitativi (vedasi il Comune di Roma); ed infine alcune Regioni prevedono un finanziamento congiunto per alcuni centri socio-riabilitativi (vedasi ad esempio l'Emilia Romagna e il Piemonte) con quote del servizio sanitario regionale e del servizio sociale dei Comuni o dei Consorzi di Comuni.

Per quel che riguarda l'ambito della salute mentale, con la de-istituzionalizzazione dei servizi "hospital-based" in Italia si sostituiscono i manicomi con una rete che ben rappresenta la rete dei servizi "community-based" auspicati dagli organismi internazionali e che ha nei Centri Diurni per la salute mentale un elemento fondamentale. Questi CD fanno parte del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), che racchiude strutture e servizi dedicati alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito territoriale dell'Azienda sanitaria locale. I servizi dei DSM si articolano nel Centro di Salute Mentale (CSM), nei Centri Diurni (CD),

nelle Strutture Residenziali, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), nei Day Hospital, ma di questi solo i CD sono connotati da finalità e attività strettamente in rete con il territorio e servizi di riabilitazione sociale.

Il Centro Diurno per la salute mentale ha funzioni sociosanitarie (socio-riabilitative e terapeutiche) ed eroga servizi destinati a quei pazienti che, essendo gravi e quindi bisognosi di ricevere un trattamento terapeutico intensivo e prolungato, teso ad eliminare la sintomatologia passiva e cronicizzata, si ritiene opportuno curare mantenendo un legame forte con il loro contesto di vita familiare e sociale. E' aperto almeno otto ore al giorno per cinque-sei giorni a settimana. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati. Nell'ambito dei progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati delle persone prese in cura dal DSM, consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali, individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Il Centro Diurno può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale, con il quale il DSM sottoscrive apposite convenzioni.

Il CD svolge quindi la funzione di intermediario tra il ricovero sulle 24 ore e la cura ambulatoriale, tra un intervento globale e una delega al sociale e/o alla famiglia; si pone come un segmento non isolato del progetto terapeutico sia nelle situazioni critiche che nei trattamenti lunghi.

Per quanto riguarda i suoi utenti, il Centro si rivolge a pazienti:

- in stato di crisi e/o in dimissione dal S.P.D.C. o dalle cliniche private;
- inviati per un'osservazione al fine di una maggiore comprensione diagnostica e terapeutica;
- che necessitano di un intervento che favorisca il recupero di aspetti comunicativi e relazionali;
- che possono giovare di un intervento mirato all'apprendimento di attività pre-formative e lavorative in un contesto protetto.

Quante tipologie di CD possono essere identificate? Sicuramente diverse: dall'indagine avviata dall'Osservatorio sull'Inclusione Sociale dell'Isfol nel Lazio, proseguita nelle regioni Puglia, Piemonte, Toscana, Umbria e attualmente in corso nelle regioni Campania, Marche, Molise e Veneto, emerge una realtà dove le differenze riguardano sia la *mission* prevalente che li caratterizza, sia le attività che offrono, sia le risorse di cui dispongono.

Attraverso modalità diverse, nei Centri Diurni vengono svolte attività socio-riabilitative e terapeutiche che contribuiscono a prevenire e/o a ridurre il numero dei ricoveri e la loro durata, la cronicizzazione dei pazienti gravi, ma anche ad alleviare il carico familiare. Le attività sono finalizzate a sviluppare nelle persone le abilità che la malattia può aver intaccato, sulla base del progetto terapeutico-riabilitativo concordato con l'équipe inviante dal Centro di Salute Mentale.

Dai risultati ottenuti attraverso le indagini dell'Osservatorio sull'Inclusione Sociale dell'Isfol e senza entrare nel merito di una classificazione o di una modellizzazione, possiamo affermare che i Centri Diurni per la salute mentale sono una realtà territoriale ancora in evoluzione e in perfezionamento, ma che hanno un ruolo di primo piano nel processo di de-istituzionalizzazione e sono una risorsa di grande valore, sia per il trattamento delle patologie gravi che per la ricerca e lo sviluppo di nuove tecniche terapeutiche. Al loro interno vengono percorse strade nuove con successi rilevanti e con altrettanto rilevanti criticità, offrendo importanti contributi non solo al sostegno del processo riabilitativo dei pazienti che li frequentano, ma anche alla lotta allo stigma e alla costruzione dei loro rapporti sociali con il territorio.

2 Riflessioni di contesto sulle competenze trasversali dell'équipe di operatori dei Centri Diurni per la salute mentale

2.1 Competenze sociali e competenze trasversali: le diverse scuole di pensiero

I servizi che offre il CD e il ruolo di collegamento con la famiglia e con il territorio richiedono ai suoi operatori la messa in campo di competenze diverse dalle competenze strettamente legate alla professione o all'ambito sanitario.

Osservare e comprendere meglio il lavoro degli operatori è stata una delle prime sfide che l'Osservatorio sull'Inclusione Sociale dell'ISFOL si è posto nell'avviare la collaborazione con i Centri Diurni per la salute mentale del Lazio, in quanto questi Centri sono laboratori così diversificati che ben rappresentano la *mission*, la ricchezza di attività e l'articolazione dei Centri di tutte le altre regioni.

I suoi operatori condividono giornalmente gli stessi spazi e le stesse attività, venendosi così a creare una evidente e spontanea assonanza delle loro modalità di lavoro: tante professionalità occupate in mansioni così diverse e in contesti poco paragonabili, che si declinano in modo armonioso e integrato all'interno di una realtà spazio-temporale che solo formalmente è identica... quali competenze li accomunano?

Non sono competenze acquisite esclusivamente attraverso un percorso di studi formale. Non sono competenze cognitive, se con questo termine si indicano saperi acquisiti fondamentalmente attraverso studi formali, sono piuttosto competenze non-cognitive che si collocano nell'area delle competenze sociali ed emozionali. La nostra domanda trova un inizio di risposta all'interno di un dibattito europeo che nasce negli anni novanta. Il Libro Bianco della Cresson "Verso una società Cognitiva" aveva rappresentato la virata definitiva dell'attenzione della comunità europea dall'analisi delle professioni e delle qualifiche verso le competenze delle persone, imponendo un approccio del tutto innovativo che passa dalla centralità della formazione, delle professioni e delle qualifiche alla nuova centralità dell'apprendimento delle persone, e quindi delle loro competenze. Negli anni successivi sono emerse indicazioni più precise riguardanti le competenze trasversali o chiave, e il riconoscimento delle competenze "agite" anche secondo le diverse modalità di acquisizione delle stesse (a livello formale, informale o non formale), dando un ruolo di spicco alle competenze acquisite informalmente dalla pratica quotidiana⁵.

⁵ A questo proposito, l'Isfol ha da poco pubblicato un libro che presenta lo stato dell'arte in Italia e in Europa sulla "Validazione delle competenze da esperienza: approcci e pratiche in Italia e in Europa" Libri del Fondo Sociale Europeo, 163, 2012

In quest'ultimo ventennio, l'attenzione verso le competenze cognitive e non-cognitive, le competenze sociali e le competenze emozionali viene sviluppata da più parti ma, mentre il ruolo delle competenze sociali-emozionali nell'organizzazione del lavoro aziendale viene sempre più valorizzato, la riflessione sulle competenze trasversali e sociali di chi lavora in ambito sociale e sanitario sta diventando centrale ma ancora deve essere sviluppato pienamente.

Quindi interessano direttamente le nostre considerazioni sulle *competenze agite* dagli operatori dei CD le indicazioni comunitarie (Recommendation [2006/962/EC](#) of European Parliament) che partono dall'apprendimento permanente e dalle competenze chiave, che dalla Strategia di Lisbona formano parte degli obiettivi del programma di lavoro di Educazione e Formazione 2010, che passano attraverso il riconoscimento delle competenze sviluppate in ambiti informali e non formali di apprendimento, e tengono conto anche delle nuove riflessioni sui tratti della personalità.

Infatti, non essendo specifiche di un'area conoscitiva definita, come la lingua, la matematica e le competenze digitali, sono chiamate trasversali anche le quattro competenze chiave non cognitive (imparare a imparare; competenze sociali e civiche; spirito di iniziativa e leadership; consapevolezza ed espressione culturale) del "Quadro europeo delle competenze chiave per l'apprendimento permanente".

Bisogna inoltre tener conto che il Quadro indica come "tematiche" (Recommendation [2006/926/EC](#) of European Parliament pag.3) che svolgono un ruolo importante per tutte le competenze chiave, alcuni elementi che in altri modelli di competenza vengono chiamati abilità o competenze: pensiero critico, creatività, iniziativa, capacità di risolvere i problemi, valutazione del rischio, assunzione di decisioni e capacità di gestione costruttiva dei sentimenti. E alcune di queste tematiche vengono considerate competenze anche da Goleman (2000), per il quale la intelligenza emozionale consiste in quattro capacità o competenze: consapevolezza di sé, autogestione, consapevolezza sociale e competenze sociali. Secondo Goleman, "La competenza sociale determina il modo in cui gestiamo le relazioni con gli altri" e le competenze sociali si declinano in "Empatia" e in "Abilità sociali": la prima comporta la consapevolezza dei sentimenti, delle esigenze e degli interessi altrui, mentre le "Abilità sociali" comportano abilità nell'indurre risposte desiderabili negli altri. Rientrano tra le abilità sociali la influenza, la comunicazione, la *leadership*, la catalisi del cambiamento, la gestione del conflitto, la costruzioni di legami, la collaborazione e cooperazione, ed infine il lavoro in *team*.

Secondo un nuovo e ultimo filone di lavoro avviato dalla Commissione riguardante le competenze non cognitive, queste hanno una stretta relazione con i tratti della personalità: "Concludiamo che i tratti di personalità sono componenti importanti delle competenze trasversali prese in considerazione dal Quadro europeo, e possono anche essere considerati come fattori che contribuiscono allo sviluppo di queste abilità" (CE "*Non Cognitive Skills and Personality Traits: Labour Market Relevance and their Development in E&T Systems*", 2011)

La riflessione sui tratti di personalità viene così a integrare quella sulle competenze. Una tassonomia ampiamente diffusa dei tratti di personalità è costituita dal Modello Five Factor (FF) (Nyas e Pons, 2005), che comprende: gradevolezza, coscienziosità, stabilità emotiva, estroversione e su questo modello stanno intervenendo diversi studiosi (ad es., Borghans et al, 2008, e Muller e Plug, 2006) che presentano alcune diverse caratterizzazioni dei Five Factors.

Se Goleman e Boyatzis sono i referenti, per Hay Group, dei lavori sulle competenze sociali, il percorso intrapreso dal francese Guy Le Boterf se ne discosta, imboccando un percorso autonomo che viene sviluppandosi da circa quarant'anni e che ora sta considerando fondamentale, per la identificazione delle competenze, la messa a sistema del sapere, del saper fare e del saper essere. Possiamo capire la competenza solo se teniamo in conto la connessione e l'integrazione attiva di queste tre componenti, ponendo l'attenzione sul processo in cui si manifestano. Approfondiremo questi aspetti nei prossimi paragrafi.

I modelli citati non sono esaustivi e molteplici sono le metodologie di lavoro e i modelli delle scuole nate dalle riflessioni sulle competenze sviluppatesi in questi ultimi trent'anni. Studi significativi che concorrono nell'esplicitare elementi di riflessione non ancora completamente omogenei e condivisi, che nascono da scuole diverse ma che rendono ancora più attuale e necessario il proseguo delle riflessioni.

Il nostro lavoro con gli operatori dei Centri Diurni apporta ulteriori elementi conoscitivi, ribaltando però l'approccio metodologico utilizzato fin d'ora dagli esperti per esaminare le competenze, in quanto l'operatore collabora con gli esperti nella identificazione delle competenze, ma alla fine è l'operatore stesso a modificarle, validarle e a parlare di sé e delle sue competenze, intervenendo su questioni ancora controverse, ma offrendo nuove e significative indicazioni.

Vale ora la pena di approfondire alcuni ambiti di riflessione che contestualizzano ulteriormente il lavoro svolto con gli operatori.

2.2 Le Boterf: dalla qualifica alla competenza individuale e collettiva

Il concetto di *competenza* si è sviluppato nell'ambito di un processo di riflessione sulla gestione delle risorse umane che ha portato al superamento del concetto di *qualifica*, al quale si faceva riferimento in precedenza.

Tale processo prende l'avvio dal progressivo aumento dei fenomeni di licenziamenti o pensionamenti anticipati verificatosi negli anni '80 che ha obbligato numerose aziende, da questo interessate, a fare i conti con la perdita di saperi e di esperienza che ne era diretta conseguenza.

Il concetto di qualifica come insieme delle capacità necessarie allo svolgimento di una determinata mansione, certificato da un diploma o dalla convalida di una pratica professionale in situazione (esperienza), costituisce il parametro di base per la costruzione di un sistema di classificazione dei lavori e dei corrispondenti livelli di attribuzione delle responsabilità.

Il concetto, più complesso, di competenza supera questa impostazione, poiché considera l'insieme di tutte le conoscenze, capacità, abilità, attitudini, comportamenti individuali, che la persona può possedere o non possedere, ma che *dovrebbe possedere* per "affrontare" in modo adeguato il posto di lavoro che ricopre in un'azienda o, più in generale, i compiti che è chiamata a svolgere in una qualsivoglia organizzazione.

È un concetto più complesso perché contempla la combinazione di diversi elementi che la persona acquisisce con la formazione e/o l'esperienza, sviluppando le proprie potenzialità:

- il sapere: insieme delle conoscenze teoriche di riferimento;
- il saper fare: capacità tecniche e abilità manuali, anche nell'utilizzo degli strumenti necessari allo svolgimento di un'attività;
- il saper essere: comportamenti, attitudini, qualità strettamente personali adatti alla situazione di lavoro;
- il saper diventare: capacità di gestire un progetto personalizzato iniziale realistico, inserito in un progetto di vita, adattandolo alle situazioni contingenti.

Guy Le Boterf, tra i maggiori esperti a livello mondiale per la gestione e lo sviluppo delle competenze e autore di numerose opere divenute un fondamento teorico per le organizzazioni che scelgono di investire sulle competenze del personale come strategia competitiva, afferma che: "La competenza è la mobilitazione o l'attivazione di conoscenze diverse in una particolare situazione o contesto" (Le Boterf, 1990).

Egli, pertanto, introduce un elemento innovativo importante perchè mette in luce il fatto che la competenza non risiede *sic et simpliciter* nelle risorse, quanto nella messa in opera delle stesse da parte dell'individuo. La competenza si configura, pertanto, nella capacità della persona di saper attivare, anzi "mobilitare", le proprie risorse. Per questo motivo *non vi è competenza senza l'individuo*.

In questa prospettiva, volendo ricorrere a una terminologia oggi invisa a molti, la persona, il lavoratore, costituisce "capitale umano" per l'azienda o l'organizzazione in cui opera, perchè "capitale di competenze", nel senso che determinate competenze gli appartengono e caratterizzano la sua individualità professionale.

Ancora Le Boterf si interroga sul concetto di competenza del quale *oggi* le organizzazioni lavorative abbiano bisogno (Le Boterf, 2002).

Le organizzazioni lavorative, infatti, hanno necessità di poter definire, identificare, un concetto di competenza in grado di adeguarsi all'evoluzione dei contesti lavorativi, divenuti, col trascorrere degli anni, sempre più complessi.

Oggi più che mai, i contesti sociali ed economici in cui le organizzazioni operano sono caratterizzati da un'estrema dinamicità e mutevolezza, nonché da una forte incertezza che li rende particolarmente difficili da definire e gestire, anche a causa della situazione di crisi aggravatasi negli ultimi anni, che obbliga ad una continua ridefinizione delle risorse disponibili; nonché delle caratteristiche di globalizzazione che moltiplicano il numero di attori in gioco e mettono a confronto modelli organizzativi (a livello sia di *governance*, che di operatività dei sistemi) estremamente differenti tra loro. Questa situazione non risparmia il sistema del *welfare* che, anzi, più spesso rispetto ad altri sistemi di governo, è oggetto di revisioni restrittive che determinano importanti ricadute sui servizi alle persone, tra i quali anche quelli sui quali è concentrato il *focus* del presente volume.

In termini di competenze, tutto ciò significa che il lavoratore non è più chiamato semplicemente a eseguire delle operazioni preordinate, in applicazione di precise istruzioni, mettendo in campo il mero "saper fare in situazione". Oggi "la competenza di un professionista si riconduce alla sua capacità di gestire efficacemente un insieme di situazioni professionali. Per questo egli dovrà saper combinare e mobilitare molteplici competenze o risorse" (Le Boterf, 2002).

Quindi, anche la definizione di competenza come semplice somma di sapere, saper fare e saper essere, efficacemente utilizzata per molti anni, oggi non è più sufficiente, perché si ha bisogno di ricorrere a un concetto di competenza ispirato ad un'idea di "combinazione", piuttosto che di somma. Per far fronte efficacemente a una situazione complessa, per superare una difficoltà non prevista e prendere un'iniziativa adeguata, la persona non solo deve saper identificare e attivare le risorse necessarie, ma deve anche saperle combinare, organizzare a sistema in termini di connessione - e non di frammentazione - di singoli elementi.

La competenza va intesa, allora, come combinazione, e non semplice somma, di molteplici risorse mobilitate e organizzate in modo adeguato rispetto a una particolare situazione lavorativa. Ne consegue che, per sviluppare le competenze di un lavoratore, è necessario non solo che la persona acquisisca e attivi le risorse necessarie, ma anche che sia in grado di mobilitarle e combinarle in modo appropriato.

È opportuno a questo punto sottolineare che quando parliamo di competenze all'interno di un'organizzazione lavorativa - poiché, si ricorda, le competenze sono indissolubilmente legate all'individuo - facciamo riferimento a un concetto di *competenza reale* e non di *competenza richiesta*, nonché alla capacità della persona di agire in "autonomia". Infatti, mentre la competenza richiesta è quella definita in un elenco, o dichiaratoria, delle competenze, in cui vengono identificati gli elementi di riferimento rispetto ai quali le persone costruiscono le proprie competenze, la competenza reale è quella costruita dalla persona e si manifesta quando è messa in opera da quella persona nella realizzazione di un'attività. Essa rappresenta il modo di attivarsi di una persona per agire di fronte ad una determinata situazione e, pertanto è specifica di ciascuna persona e appartiene solo a essa. Essa implica anche la capacità della persona, non solo di svolgere un'attività, ma anche di comprendere per quale motivo è necessario agire e in che modo si deve farlo; con la consapevolezza di poter contare sulle proprie risorse personali, ma anche di dover cercare, ove necessario, risorse complementari ed essere, quindi, in grado di trasferire, riattivare le competenze in situazioni e contesti differenti.

Questa caratteristica di "individualità" della competenza, che la lega indissolubilmente alla persona alla quale appartiene, non deve indurre, tuttavia, a trascurare il fatto che la persona agisce comunque in un contesto; tale contesto, nelle organizzazioni lavorative di oggi, è non solo già in origine piuttosto complesso - come sottolineato in precedenza - ma muta e si evolve continuamente nel tempo. Ne consegue che la competenza non può essere analizzata e valutata sulla base di un approccio limitato alla persona, come se essa costituisse esclusivamente una questione personale dell'individuo. Egli dovrà, infatti, tenere conto della dimensione collettiva del suo agire e, per rispondere in modo competente alle esigenze che le diverse situazioni richiedono, dovrà selezionare, attivare e combinare, sia le proprie risorse personali, sia quelle legate all'esperienza maturata nel contesto: rapporto con i colleghi, reti professionali di riferimento, fonti di informazioni, documentazione e dati, ecc.

Ciò significa che, anche quando un operatore gestisce in prima persona il rapporto con il destinatario della sua attività (ad esempio, un cliente, un utente o un paziente), egli dovrà essere in grado di fornire delle *risposte di rete*, di mettere in opera delle competenze costruite anche grazie all'attivazione delle risorse che egli è in grado di reperire all'interno della collettività e del contesto in cui opera, in primo luogo *interagendo con altri operatori*.

In contesti complessi e problematici, nei quali le informazioni necessarie per agire efficacemente sono aleatorie, incerte e indefinite, è importante che il professionista possa "fare riferimento a ciò che farebbero i suoi colleghi al suo posto, prendere consiglio da diverse sperimentazioni, trarre lezioni dalle esperienze acquisite dal collettivo al quale appartiene (*gruppo di lavoro, équipe, servizio, ecc. ndr*). Senza questa possibilità di fare riferimento al collettivo, il professionista è lasciato alla sua solitudine e ai rischi che essa comporta nelle iniziative che egli prenderà e sui risultati che otterrà. La competenza individuale comporta sempre una *competenza collettiva*. Essa può dunque essere definita come un *saper agire e interagire* in situazione professionale" (Le Boterf, 2002).

Tali riflessioni sono di estrema importanza se considerate in un'ottica di premessa ai contenuti che vengono sviluppati nella parti successive di questo volume, poiché da esse emerge come qualsiasi gruppo di lavoro, équipe, o servizio, elabora le proprie "regole del mestiere" sulla base delle lezioni tratte dalle esperienze passate. E fa questo nell'ambito di un processo di continua evoluzione e crescita che interessa tutto il gruppo e richiede a ogni suo componente l'attivazione e la condivisione di competenze tra le quali, in particolare, saper comunicare e lavorare in squadra, come sostenuto più avanti, "conferiscono un carattere peculiare alle nuove pratiche multidisciplinari" delle quali costituiscono "il terreno primordiale, il contesto di riferimento" (cfr introduzione cap. 5).

2.3 L'inventario di Hay Group per la definizione delle competenze

Come abbiamo già anticipato, dire che una persona è un capitale di competenze significa affermare che determinate competenze gli appartengono, che sono competenze reali, proprie dell'individuo.

Ciò che appartiene all'organizzazione lavorativa è la definizione delle competenze richieste, cioè l'identificazione delle competenze ritenute necessarie per svolgere con efficacia un'attività e degli elementi che la compongono, nella sua dimensione individuale e collettiva; ricordiamo infatti che le organizzazioni hanno bisogno di un concetto di competenza che tenga conto dell'esigenza di collegare le competenze, le conoscenze collettive e le reti di cooperazione all'interno di gruppi di lavoro o tra gruppi diversi.

La definizione delle competenze convenzionalmente si realizza attraverso la progettazione di schede del posto di lavoro, griglie di valutazione delle competenze, inventari dei mestieri e delle relative competenze.

Per il lavoro di rilevazione e analisi delle competenze degli operatori realizzato dall'Isfol con i Centri Diurni del Lazio, illustrato nei capitoli successivi, si è fatto ricorso alla metodologia di Hay Group, società di consulenza *leader* a livello mondiale nell'ambito dell'analisi e valutazione delle competenze e delle organizzazioni lavorative.

Nelle attività di sviluppo delle competenze, finalizzate a migliorare le prestazioni dei professionisti all'interno delle organizzazioni lavorative, la metodologia Hay Group fa riferimento al concetto di *intelligenza emozionale* di Daniel Goleman, già descritto all'inizio di questo capitolo.

Hay Group considera l'intelligenza emozionale come l'elemento capace di fare la differenza tra un lavoratore altamente efficace ed uno a rendimento medio. Essa, infatti, aiuta i professionisti a creare un vantaggio competitivo per le loro organizzazioni, migliorando le prestazioni, l'innovazione e il lavoro di gruppo; garantendo che il tempo e le risorse siano utilizzate in modo efficace; rafforzando motivazione e fiducia.

In collaborazione con Richard Boyatzis e con Daniel Goleman, i ricercatori Hay Group hanno elaborato un "Inventario della competenza emozionale e sociale" (ESCI) utile a:

- misurare l'intelligenza emozionale nei dirigenti e professionisti;
- focalizzare il *coaching* aziendale e lo sviluppo delle capacità determinanti;
- ottimizzare le risorse degli individui e dei *team*.

Esso descrive le competenze che differenziano le prestazioni eccezionali dalle prestazioni medie, come schematizzato nella tabella sottostante.

Tabella 1 - Inventario della competenza emozionale e sociale (ESCI) di Hay Group

Nome della competenza	Descrizione della competenza
CONSAPEVOLEZZA DI SE' EMOZIONALE	Riconoscimento delle proprie emozioni e dei loro effetti
AUTO-CONTROLLO	Controllo delle proprie emozioni e degli impulsi distruttivi
ADATTABILITA'	Flessibilità nella gestione del cambiamento
ORIENTAMENTO AL RISULTATO	Tendenza a migliorare o soddisfare uno standard di eccellenza
VISIONE POSITIVA	Perseveranza nel perseguire gli obiettivi di fronte alle difficoltà e ai fallimenti
EMPATIA	Comprensione dei sentimenti e delle prospettive altrui, con interesse attivo per le loro preoccupazioni
CONSAPEVOLEZZA ORGANIZZATIVA	Lettura dei flussi emozionali e dei rapporti di potere all'interno di un gruppo
SVILUPPO DEGLI ALTRI	Identificazione delle esigenze di sviluppo degli altri e rafforzamento delle loro capacità
LEADERSHIP	Ispirare e guidare gli individui e i gruppi
INFLUENZA	Usare efficaci tattiche di persuasione
GESTIONE DEI CONFLITTI	Negoziazione e risoluzione delle controversie
LAVORO DI GRUPPO E COLLABORAZIONE	Lavorare con gli altri per obiettivi comuni. Creare sinergia di gruppo nel perseguire gli obiettivi collettivi.

Fonte: R Boyatzis - Hay Group: Boston, 2007 - e-russell.com

A questo Inventario sono state introdotte modifiche e integrazioni. Lo stesso Goleman, agli interessati alle "misure" dell'intelligenza emozionale, indica anche un altro manuale Hay Group (Emotional Intelligence Inventory: ECI) che riporta 18 competenze, raggruppate in quattro classi.

Tabella 2: Inventario della competenza emozionale (ECI) di Hay Group

Classi	Competenze
Consapevolezza di sé Conoscere i propri stati interni, le preferenze, le risorse e le intuizioni.	Consapevolezza emotiva: riconoscere le proprie emozioni e i loro effetti
	Accurata autovalutazione: conoscere i propri punti di forza e i propri limiti
	Fiducia in se stessi: avere un forte senso della propria autostima e delle proprie capacità
Autogestione Gestire i propri stati interni, gli impulsi e le risorse.	Autocontrollo emotivo: tenere sotto controllo emozioni dirompenti e pulsioni
	Trasparenza: mantenere l'integrità, agendo in modo coerente ai propri valori
	Adattabilità: flessibilità nel gestire il cambiamento
	Realizzazione: cercare di migliorare o soddisfare uno standard di eccellenza
	Iniziativa: prontezza ad agire cogliendo le opportunità
La consapevolezza sociale Modo in cui le persone gestiscono le relazioni e la consapevolezza dei sentimenti, dei bisogni e delle preoccupazioni degli altri.	Ottimismo: perseveranza nel perseguire obiettivi nonostante ostacoli e battute d'arresto
	Empatia: comprendere i sentimenti e le prospettive degli altri, interessandosi attivamente alle loro preoccupazioni
	Consapevolezza organizzativa: leggere i flussi emotivi e le relazioni di potere all'interno di un gruppo
Gestione delle relazioni Riguarda l'abilità o la capacità di indurre risposte desiderabili negli altri.	Orientamento al servizio: prevedere, riconoscere e soddisfare i bisogni dei clienti
	Sviluppo degli altri: ascoltare le esigenze di sviluppo degli altri e rafforzare le loro capacità
	Leadership ispiratrice: ispirare e guidare individui e gruppi
	Catalizzatore del cambiamento: avviare o gestire il cambiamento
	Influenza: utilizzare tattiche efficaci di persuasione
	Gestione dei conflitti: negoziare e risolvere le controversie
	Lavoro di squadra e collaborazione: saper lavorare con gli altri per obiettivi condivisi; creare sinergie all'interno del gruppo al fine di perseguire obiettivi comuni.

Fonte: Emotional Competence Inventory (ECI). Technical Manual. 2005

2.3.1 La rilevazione delle competenze agite

L'esperienza di Hay Group è fortemente consolidata nell'analisi e nella valutazione delle posizioni lavorative all'interno delle grandi imprese profit. Tuttavia, negli ultimi anni tale metodologia è stata spesso utilizzata anche in campo sociale, per esempio nell'ambito di studi dedicati alle figure dell'educatore e dell'assistente sociale. Con l'Osservatorio sull'Inclusione Sociale dell'Isfol, Hay Group aveva già realizzato, negli ultimi anni, indagini specifiche nell'ambito

del disagio giovanile, delle tossicodipendenze e del settore penitenziario, per la rilevazione e l'analisi delle competenze trasversali degli operatori che svolgono funzioni di *mentoring* (cioè di accompagnamento uno-a-uno) nei percorsi di recupero dei soggetti in esecuzione penale e dei tossicodipendenti (Felice, D'Agostino 2004; Felice, Delai, D'Agostino 2006).

L'approccio di Hay Group prende le mosse dal presupposto, già sopra esposto, che oggi nelle organizzazioni lavorative i ruoli sono sempre più complessi, variabili e meno definiti, sia nel tempo che nei contenuti; pertanto le persone che vi operano, per essere efficaci nello svolgimento delle attività loro assegnate, devono essere più competenti, autonome e produttive.

In tutti i settori si pone tanta enfasi sulle competenze e si investe sulla relativa analisi e valutazione, proprio a motivo che più i ruoli divengono complessi, più sono importanti le competenze agite, cioè i comportamenti individuali messi in atto nello svolgimento del proprio ruolo. La valorizzazione del "capitale umano" passa attraverso il potenziamento di quei fattori che rendono la persona un "capitale di competenze" ed il loro sviluppo può costituire un fattore competitivo determinante.

Nell'approccio di Hay Group, le competenze sono caratteristiche personali *causalmente correlate a prestazioni efficaci o superiori* e si esprimono attraverso i comportamenti. In sostanza Hay Group propone un Modello Causale delle competenze che le analizza sulla base di tre elementi tra loro consequenziali:

1. l'intenzione, nella quale si manifestano le "caratteristiche personali" dell'operatore: motivazione, tratto, immagine di sé, capacità e conoscenze
2. l'azione, nella quale si agiscono i comportamenti, che sono osservabili e acquisibili;
3. l'esito, vale a dire i risultati della competenza agita.

Tabella 3 Modello causale delle competenze

Intenzione	⇒	Azione	⇒	Esito
Caratteristiche personali	⇒	Comportamenti	⇒	Risultati

Fonte: Hay Group per Isfol, working paper 2006

In questo modello la competenza è la tensione al risultato per fare meglio ed implica competizione con gli standard d'eccellenza e realizzazione originale.

La persona definisce gli obiettivi, si assume una responsabilità personale e utilizza il *feed-back* per il miglioramento continuo della qualità e della produttività delle proprie azioni. Inoltre, assume rischi calcolati per introdurre innovazione nei processi e nei servizi.

Per selezionare, valutare e formare i lavoratori, nonché per progettare i percorsi di sviluppo professionale all'interno di un'organizzazione lavorativa, è necessario definire:

- le responsabilità (cosa ci si attende dal ruolo);
- i criteri di valutazione (come misurare i risultati attesi);
- le conoscenze e abilità (cosa bisogna conoscere e saper fare per ottenere i risultati);
- le competenze (quali sono i comportamenti per eccellere).

Questa metodologia è stata utilizzata per l'identificazione di un modello di competenze trasversali degli operatori dei Centri Diurni al fine di creare un materiale di supporto allo sviluppo di percorsi formativi destinato ad operatori (e aspiranti operatori) che lavorano all'interno dei Centri Diurni, o in altri servizi di salute mentale, nella presa in carico, cura e riabilitazione di persone con disturbo psichico.

3 Il “Modello” delle competenze trasversali

Di seguito si presenta la sintesi del lavoro di identificazione di un possibile “Modello di competenze trasversali” degli operatori dei Centri Diurni, realizzato dall'Isfol in collaborazione con la società Hay Group e con gli operatori dei Centri Diurni del Lazio, da cui ha preso il via la riflessione sulle competenze sociosanitarie trasversali in salute mentale, cui è dedicata la seconda parte di questo volume.

L'analisi è stata condotta applicando la metodologia di Hay Group per la rilevazione delle competenze su di un campione di operatori esperti (*expert panel*), rappresentanti le diverse figure professionali che operano nei CD⁶. Attraverso l'analisi dei risultati degli incontri dell'*expert panel* sono state identificate le caratteristiche organizzative tipiche del ruolo degli operatori dei Centri Diurni, i relativi comportamenti e le competenze a questi collegabili.

Il “Modello di competenze” scaturito è stato successivamente condiviso e validato nel corso di uno specifico workshop al quale hanno partecipato circa cento operatori dei Centri Diurni della Regione Lazio.

3.1 Obiettivi degli operatori e complessità del contesto

Dalla realizzazione degli incontri con *expert panel* sono emersi alcuni risultati che offrono significativi elementi utili a descrivere la complessità del ruolo dell'operatore del Centro Diurno e del contesto in cui agisce.

In primo luogo, si evidenzia come gli operatori del CD, pur rivestendo specifici ruoli professionali (assistente sociale, educatore, infermiere, maestro d'arte, psichiatra, psicologo, volontario, ecc.) e diversi livelli di responsabilità hanno in comune l'obiettivo del loro lavoro, sintetizzato dai partecipanti in “*Supportare l'inserimento sociale e lavorativo del paziente*”, il che comporta, fondamentalmente, aiutare il paziente a stabilire:

- una relazione con se stesso e con gli altri;
- una connessione equilibrata fra emotività e razionalità, sentimento e ragione.

Già da questo primo risultato sull'obiettivo del loro lavoro rileviamo come le esperienze e le pratiche dei Centri abbiano trasformato la *mission* degli stessi: dai “centri educativi” indicati nella legge 104/92, dopo vent'anni i CD hanno acquisito il ruolo di *trait d'union* tra la persona e il contesto sociale, tra la persona e il mondo del lavoro.

Si osserva inoltre come i CD siano piuttosto diversi fra loro per dimensioni, composizione

⁶ L'*expert panel* era composto da 23 operatori dei CD del Lazio, così suddivisi per figura professionale: 2 assistenti sociali, 2 coordinatori di cooperative sociali, 3 educatori, 3 infermieri, 1 maestro d'arte, 4 operatori di cooperative sociali, 3 psichiatri, 3 psicologi, 1 tirocinante, 1 volontario.

degli operatori, risorse, ecc. e il contesto in cui agiscono gli operatori è molto complesso, con numerose e variegate aree di criticità, riconducibili, sulla base delle loro testimonianze a due macrocategorie:

A – Criticità connesse al rapporto con l'utente, tra le quali sono state evidenziate:

- scarsa collaborazione dell'utente/paziente alle attività del CD;
- cronicità degli invii per tempi, gravità, ecc.; il CD, di solito, costituisce per l'utente la cosiddetta "ultima spiaggia";
- difficoltà del paziente spesso incomprensibili anche per il tecnico; ciò può creare conflittualità tra gli operatori, o tra i servizi, perché ognuno ha la sua "verità";
- difficoltà di gestione degli utenti nel tempo, per problemi di tenuta, demotivazione, *burnout* degli operatori;
- difficoltà a riconoscere una capacità contrattuale nell'utente, sia verso il servizio che verso la famiglia;

B – Criticità connesse alla funzionalità del servizio, tra le quali ricordiamo:

- carenza di risorse umane e finanziarie;
- difficoltà di rapporto/scarsa collaborazione tra CD e Centro di Salute Mentale (CSM);
- stigmatizzazione del CD che quasi annulla la visibilità del servizio; secondo i testimoni intervistati, spesso all'interno dello stesso Dipartimento di Salute Mentale (DSM) si considerano in modo diverso servizi di cura e servizi riabilitativi; la riabilitazione sarebbe vista come una funzione estemporanea, un servizio secondario, con la conseguenza che il CD viene spesso considerato una sorta di "sorella sciocca" del CSM che, in alcuni casi, definisce il progetto individuale dell'utente senza dividerlo con gli operatori del CD;
- scarsa visibilità e conoscenza, all'interno della stessa ASL, delle tante attività di riabilitazione che si svolgono nei CD (lavorazioni artigianali, attività ricreative, ecc.);
- difficoltà di far conoscere all'esterno l'estrema complessità del CD, soprattutto in relazione alle attività gestite in collaborazione con una cooperativa sociale integrata, rispetto alle quali il servizio e la cooperativa costituiscono due anime interdipendenti; questa è anche una delle cause della poca capacità, o forza contrattuale delle cooperative;
- difficoltà di creare rete con gli altri servizi territoriali.

3.2 Descrizione del ruolo dell'operatore del Centro Diurno

I risultati degli incontri con *expert panel* consentono di descrivere le principali caratteristiche del ruolo dell'operatore nel Centro Diurno, esplicitandone i seguenti elementi:

- scopo o missione (obiettivo del ruolo dell'operatore)
- principali responsabilità e attività (cosa ci si attende dal ruolo)
- criteri di valutazione di chi riveste il ruolo (come si misurano i risultati attesi)
- conoscenze e abilità richieste (cosa bisogna sapere e saper fare per ottenere i risultati)

Scopo o missione del ruolo dell'operatore

Lo scopo, o missione, del ruolo dell'operatore, così come definito dagli operatori coinvolti

nell'*expert panel*, è supportare l'inserimento sociale e lavorativo del paziente, contribuendo con il proprio apporto professionale, esecutivo o di coordinamento, alle attività dell'équipe relative alla definizione, programmazione e realizzazione del progetto terapeutico-riabilitativo individuale condiviso con il paziente. Attraverso la definizione di questa *mission* risulta evidente che il CD e i suoi operatori sono elementi-chiave dell'inclusione sociale della persona con disturbo psichico e contribuiscono alla sua integrazione socio-lavorativa.

Principali attività e responsabilità collegate al ruolo dell'operatore

Dall'esplicitazione dello scopo/missione del suo ruolo consegue che, in primo luogo, l'operatore del CD partecipa con il proprio contributo professionale alle attività dell'équipe finalizzate alla programmazione e alla realizzazione del progetto terapeutico/riabilitativo, sulla base delle necessità terapeutiche individuate e delle risorse disponibili.

Deve, pertanto, assicurare la realizzazione delle attività professionali di propria competenza inerenti il progetto terapeutico/riabilitativo, rispettando al tempo stesso il piano di lavoro, le modalità e priorità concordate con l'équipe, le eventuali modifiche da apportare in relazione alla necessità di affrontare nuove difficoltà o bisogni contingenti, nonché le regole organizzative del servizio.

Nella realizzazione del proprio ruolo, l'operatore agisce, da un lato nei confronti del paziente, che sostiene con assiduità nella realizzazione del suo percorso riabilitativo, promuovendone il cambiamento comportamentale, il miglioramento della percezione di sé e degli altri, il conseguimento di benessere e la riattivazione delle risorse personali; monitorandone costantemente i bisogni e i progressi; gestendo e condividendo la quotidianità ed effettuando azioni di tutoraggio.

Dall'altro lato interagisce con l'équipe, partecipando puntualmente e regolarmente alle riunioni e trasmettendo con tempestività agli altri operatori le conoscenze e le informazioni utili al buon andamento del progetto e della relazione con il paziente e/o con la famiglia, in modo da contribuire al miglioramento del "sapere" collettivo dell'équipe stessa. Inoltre assicura la redazione e la trasmissione della documentazione relativa ai progetti prevista dalle normative e dalle procedure in essere alle persone interessate e agli organi competenti, nonché la loro corretta archiviazione.

È responsabilità dell'operatore anche collaborare allo sviluppo del Centro, alla cura del suo ambiente fisico e delle sue risorse, proponendo azioni di miglioramento e contribuendo a creare e mantenere un clima sociale positivo. Molto importante è anche la partecipazione alle attività di diffusione delle informazioni sulle attività del CD, organizzando occasioni di socializzazione, eventi, manifestazioni (es. mostre dei lavori realizzati dai pazienti, ecc.), al fine di rafforzare l'immagine del servizio e la sua attrattività nei confronti degli utenti e delle loro famiglie.

Fondamentale è, infine, contribuire a costruire e mantenere relazioni efficaci sia con gli altri servizi del DSM che con gli altri attori territoriali (enti pubblici, agenzie sociali, imprese, cooperative, ecc.), per sviluppare la rete sociale di supporto al progetto terapeutico/riabilitativo e facilitare tutte le opportunità di inclusione sociale e lavorativa dei pazienti.

Criteri di valutazione di chi riveste il ruolo

I partecipanti all'*expert panel* hanno identificato alcuni criteri di valutazione del ruolo dell'operatore del CD rispetto ai risultati attesi, in particolare dal suo lavoro e, più in generale, dal suo contributo al servizio nel suo complesso.

Tra i principali ricordiamo:

- numero di persone in cura;
- regolarità delle attività programmate;
- rispetto dei processi stabiliti, delle regole, dei piani di lavoro, degli impegni assunti;
- partecipazione, assiduità degli utenti;
- raggiungimento degli obiettivi del progetto terapeutico riabilitativo;
- efficienza rispetto ai vincoli, alle risorse, ai tempi;
- numero di pazienti inseriti al lavoro;
- soddisfazione dei pazienti e dei famigliari;
- numero di partecipanti esterni agli eventi del Centro;
- puntualità e qualità della partecipazione alle riunioni dell'équipe;
- qualità del contributo alla creazione di un clima positivo;
- numerosità e qualità delle relazioni di rete;
- contributo all'innovazione dei metodi;
- efficacia della comunicazione.

Conoscenze e abilità dell'operatore

Gli operatori coinvolti nell'*expert panel*, hanno anche individuato le conoscenze e le abilità che si dovrebbero possedere per svolgere il ruolo con efficacia ed efficienza; in altre parole, ciò che si dovrebbe sapere e saper fare per ottenere i risultati attesi dal lavoro dell'operatore del CD. Queste sono solo in minima parte connesse allo specifico profilo professionale e alla formazione richiesta per ottenere la relativa qualifica; molto più significative appaiono invece le conoscenze e abilità "comuni", necessarie alla gestione di relazioni e situazioni complesse.

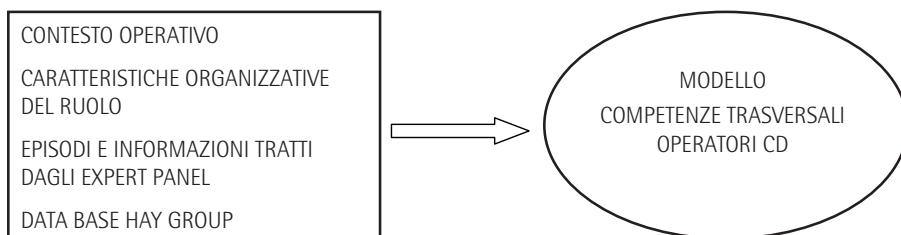
Di seguito si riportano le principali conoscenze/abilità identificate dai partecipanti:

- conoscenze e abilità tecniche e tecnologiche specifiche relative al ruolo professionale;
- conoscenze di base delle problematiche psicologiche, pedagogiche ed educative, del disagio mentale, delle dinamiche di gruppo;
- conoscenza delle modalità, delle tecniche, degli strumenti e dei linguaggi di comunicazione;
- conoscenze di base delle tecniche e degli strumenti di marketing;
- conoscenze della legislazione, delle procedure, dei regolamenti e degli adempimenti amministrativi di riferimento;
- conoscenza dell'ambiente relazionale, del territorio e delle sue risorse;
- conoscenza del ruolo degli altri operatori del Centro;
- capacità di organizzazione e di programmazione.

3.3 Le competenze

Il "Modello" delle competenze qui proposto nasce in larga misura dall'insieme delle informazioni

raccolte durante le riunioni con l'*expert panel* dalle esperienze vissute e riferite dagli operatori dei Centri Diurni, successivamente analizzate e integrate da Hay Group sulla base delle conoscenze acquisite, nel corso degli anni, sui modelli di competenze afferenti ai diversi ruoli presenti in altre organizzazioni lavorative, private e pubbliche.



3.3.1 Le competenze ... "in azione"

Ai partecipanti all'*expert panel* è stato richiesto di raccontare un episodio ritenuto significativo del loro lavoro e delle problematiche "quotidianamente" affrontate.

Il contenuto dei racconti è stato analizzato tematicamente per individuare i comportamenti agiti e le competenze sottostanti, come esemplificato nelle tabelle sottostanti.

Tabella 4 - Racconti esemplificativi delle competenze agite

<p>... Sulla spiaggia chiedo all'équipe se qualcuno mi accompagna a fare una lunga passeggiata. Nessuno accetta. Un paziente, grande quanto un "armadio", molto critico ma anche molto intelligente, mi dice: "Se accetta l'accompagnio io". Accetto con piacere. Ci dirigiamo verso un lungomare isolato. A metà percorso, luogo molto isolato, il paziente propone il tema delle regole, già in passato ampiamente discusso: "Non mi sembrano giuste queste regole, siamo "malati", poi mi chiede: "Lei è mai stata aggredita?". Provo sorpresa e un po' di panico; all'inizio dribblo la domanda e gli rispondo che se fosse capitato avrei denunciato l'aggressore (...) Poi, dopo una lunga discussione, mi fermo e gli propongo un'alternativa: "Siamo isolati, tu sei grosso e io piccola (...) se devo credere alle cose che dici torniamo indietro, ne parliamo con l'équipe e, se serve, ti diamo dei farmaci, ti curiamo, ecc. Se invece mi dimostri che, pur essendo malato, ti sai controllare quando ci sono dei momenti in cui ti senti male, continuiamo la passeggiata, poi quando torniamo indietro ne parliamo con l'équipe" (...) Ha scelto la seconda soluzione e siamo andati avanti; alla fine ha raccontato la sua storia (...) L'ho fatto per ridargli una dignità di persona; ognuno ha una parte sana e ho cercato di lavorare su quella e di farlo parlare dei sentimenti."</p>		
Esempi di comportamento emersi dal racconto	Comportamenti associati	Competenze associate
<p>Provo sorpresa e un po' di panico; all'inizio dribblo la domanda e gli rispondo che se fosse capitato avrei denunciato l'aggressore ...</p>	<p>L'operatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rimane calmo, controlla le emozioni • adotta una strategia per gestire con efficacia una situazione critica • è attento a rispettare il paziente come persona bisognosa 	<p>CONSAPEVOLEZZA DI SE'</p> <p>EMPATIA</p>
<p>Poi, dopo una lunga discussione, mi fermo e gli propongo un'alternativa ...</p>		
<p>L'ho fatto per ridargli una dignità di persona; ognuno ha una parte sana e ho cercato di lavorare su quella e di farlo parlare dei sentimenti.</p>		

<p>Avendo rilevato che una permanenza all'interno del Centro non produceva, oltre un limite, ulteriori benefici per il paziente, ho progettato con gli utenti e i famigliari una Coop. di tipo B, perseguendo l'idea di far partecipare la Coop. alla costruzione della "via di uscita" dal CD in stretta collaborazione con gli operatori del CD</p> <p>(...)</p> <p>Ho incontrato difficoltà con alcuni operatori del CD, ho cercato di mediare, far comprendere, valorizzare le loro competenze e ho facilitato la via di uscita a chi voleva andare via</p> <p>(...)</p> <p>Ho individuato la parte di finanziamento e grazie alla rete intra-aziendale e con gli enti locali ho potuto attivare per 8 mesi il progetto di "Preparazione lavorativa e inserimento sociale di persone con disturbo psichico", di integrazione alle attività del CD di comparto".</p>		
Esempi di comportamento emersi dal racconto	Comportamenti associati	Competenze associate
Avendo rilevato che una permanenza all'interno del Centro non produceva, oltre un limite, ulteriori benefici per il paziente, ho progettato con gli utenti e i famigliari una Coop. di tipo B ...	<p>L'operatore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prende atto della necessità di cambiare • Intraprende una nuova iniziativa 	<p>FLESSIBILITA'</p> <p>DETERMINAZIONE AL RISULTATO</p> <p>FAR CRESCERE</p> <p>COOPERAZIONE</p>
Ho incontrato difficoltà con alcuni operatori del CD, ho cercato di mediare, far comprendere, valorizzare le loro competenze ...	<ul style="list-style-type: none"> • Supera ostacoli • Supporta i colleghi valorizzando le loro capacità 	
Ho individuato la parte di finanziamento e grazie alla rete intra-aziendale e con gli enti locali ho potuto attivare ...	<ul style="list-style-type: none"> • Lavora insieme ad altri organismi 	

3.3.2 Le competenze sociosanitarie trasversali

L'analisi dei comportamenti degli operatori, raccolti attraverso le testimonianze dell'*expert panel* e, pertanto, contestualizzati alla realtà del Centro Diurno, ha portato alla definizione di un primo possibile "Modello delle competenze trasversali", del quale è stata elaborata la seguente rappresentazione grafica:

Grafico 1: primo modello di competenze trasversali



Fonte: *Quando la diversità è valore. Inclusione attiva e disturbo psichico nei Centri Diurni del Lazio*, Isfol, 2008

Nel contesto articolato e complesso che caratterizza il CD, gli operatori lavorano in *team* per realizzare il progetto terapeutico/riabilitativo individuale definito e concordato formalmente con il paziente sotto forma di contratto, ciascuno con il proprio ruolo professionale, decidendo insieme e condividendo obiettivi, percorsi e azioni; supportandosi a vicenda; ricercando aiuti e risorse anche all'esterno, quando necessario.

La "**Collaborazione**", finalizzata a raggiungere insieme l'obiettivo comune e a *creare squadra*, è quindi una delle prime competenze trasversali che caratterizzano gli operatori del CD.

Per realizzare il progetto/contratto, gli operatori del CD devono essere fortemente determinati per superare, con ostinazione e tenacia, ostacoli di diversa natura (dalle difficoltà psicologiche alla carenza "cronica" di risorse), consapevoli della necessità di dover gestire tempi spesso molto lunghi, ottenendo piccoli progressi, ma anche passi indietro, prima di riuscire ad arrivare alla meta, quando si riesce ad arrivare.

Questi comportamenti sono riconducibili alla competenza che chiameremo "**Determinazione al risultato**".

Se la *Determinazione al risultato* rappresenta la "spinta", il progetto si realizza quando il paziente ha acquisito quel livello di relazione ed equilibrio sufficienti a consentirgli di affrontare il mondo esterno con una certa fiducia.

Per fare ciò, gli operatori devono attivare dei comportamenti che, con un percorso graduale e adeguato alle attitudini e alle capacità del paziente, lo portano ad acquisire, progressivamente, autonomia e senso di responsabilità. Questa è la competenza che definiamo "**Far crescere**".

Premessa indispensabile all'attuazione e al successo del progetto è creare un rapporto di fiducia con il paziente, ponendosi in modo "empatico" nei suoi confronti, ascoltandolo attentamente e rispettandolo, ma al tempo stesso avendo ben chiaro il proprio ruolo e fiducia nelle proprie capacità per superare emergenze, criticità, situazioni di tensione; ponendo "paletti" all'agire del paziente al fine di rassicurarlo e orientarlo verso comportamenti più consoni. A questi modi di agire sono riconducibili le tre competenze: "**Instaurare fiducia**", "**Empatia**" e "**Consapevolezza di Sé**".

Per affrontare l'imprevedibilità, la criticità, la problematicità delle situazioni gli operatori del CD devono trovare soluzioni talvolta originali e/o creative. Quindi, la competenza "**Fantasia**", unita alla capacità di sapersi adattare, cioè alla competenza "**Flessibilità**" consente, a volte "spiazzando" i pazienti, di allentare la tensione e risolvere le situazioni in modo efficace.

Tutte queste competenze manifestano la loro massima efficacia quando il contesto relazionale è positivo e questo viene creato, promosso e influenzato dalla capacità di "**Comunicare**" utilizzando le modalità più adatte alla situazione, nell'ambito della più vasta gamma di tecniche e strumenti mediatici possibile.

Le singole competenze che compongono il Modello scaturito dalla metodologia Hay Group, sono descritte nel dettaglio nella tabella sottostante, che costituisce una sorta di "glossario" delle competenze trasversali ed è strutturata in definizione della competenza e dei comportamenti dell'operatore ad essa riconducibili.

Tabella 5 – Glossario delle competenze trasversali

	DEFINIZIONE	COMPORAMENTO DELL'OPERATORE
DETERMINAZIONE AL RISULTATO	Spinta a raggiungere l'obiettivo fissato, senza arrendersi agli ostacoli, con pazienza e ottimismo, andando a fondo delle questioni, cogliendo tutte le opportunità e adattando, realisticamente, il percorso e il passo alle capacità delle persone coinvolte nel progetto e ai successi acquisiti.	<p>Si pone obiettivi, individualmente o con gli altri, e li persegue con tenacia, misurando i progressi</p> <p>Propone e introduce cambiamenti nei metodi di lavoro per migliorare l'efficienza, la qualità dei risultati, la soddisfazione dei pazienti e del team</p> <p>È attenta agli sprechi e a sfruttare al massimo le risorse disponibili</p> <p>Prevede gli ostacoli e agisce per prevenirli</p> <p>Intraprende iniziative, assume rischi; prende decisioni, stabilisce priorità o sceglie obiettivi valutando i pro e i contro</p> <p>Esprime ottimismo; vede possibilità positive anche nelle situazioni negative</p> <p>Affronta emergenze e imprevisti con rapidità e fa azioni ripetute contro resistenze e ostacoli</p> <p>Non "cede" con facilità, continua a spingere per una soluzione "seguendo" con sensibilità per raggiungere la meta</p> <p>Va fondo delle questioni; controlla i dati e le informazioni, scopre i punti deboli, le discrepanze, i dati mancanti e ricerca ulteriori informazioni per avere un quadro completo e preciso della situazione</p> <p>Compie sforzi supplementari e ha capacità di recupero</p> <p>Trae insegnamento dai contrattempi e dalle battute d'arresto</p>
FAR CRESCERE	Far sì che le persone sviluppino e realizzino le loro potenzialità, realisticamente valutate, attraverso la guida e il supporto.	<p>Si pone come punto di riferimento e come persona legittimata a parlare e ad agire guadagnandosi il consenso e la fiducia</p> <p>È positivo circa il potenziale di apprendimento degli altri, anche in casi difficili; incoraggia la volontà di "crescere"</p> <p>Fa fare le cose, insieme, pian piano, fino a quando l'interlocutore è in grado di andare avanti da solo</p> <p>Valuta attentamente le necessità di sviluppo con valutazioni oggettive dei punti di forza e di debolezza</p> <p>Dà specifici <i>feedback</i> per rinforzare l'apprendimento, rassicura e incoraggia dopo un insuccesso</p> <p>Verifica con la persona i suoi progressi e le sue percezioni circa i miglioramenti ottenuti</p> <p>Dà spiegazioni e motivazioni alle proprie istruzioni, indicazioni, dimostrazioni pratiche e fa verifiche per accertarne la comprensione; dà supporto pratico e assistenza per facilitare il lavoro alla persona</p> <p>Dà pubblicamente credito a chi ha fatto bene. Incoraggia gli altri, li fa sentire forti e importanti</p> <p>Stimola le persone a trovare da sole le risposte ai problemi in modo che imparino realmente, invece di fornire direttamente le risposte</p> <p>Da l'opportunità di fare e imparare dagli errori in situazioni non critiche</p> <p>Stabilisce i limiti; sa dire "no" con fermezza a richieste non ragionevoli, o pone "paletti" al comportamento altrui anche strutturando situazioni che ne limitano le opzioni</p>

	DEFINIZIONE	COMPORAMENTO DELL'OPERATORE
CONSAPEVOLEZZA DI SÉ	Gestire con efficacia se stessi e la relazione con gli altri, in particolare nelle situazioni di pressione, ambiguità incertezza. Fornire agli altri nuove prospettive basate sulla razionalità per affrontare situazioni difficili o conflittuali.	<p>Riconosce il modo in cui le emozioni proprie e altrui influenzano azioni e risultati</p> <p>Conosce le proprie risorse interne, abilità e limiti, punti di forza e di debolezza</p> <p>Controlla le proprie emozioni e calma gli altri nelle situazioni di emergenza o conflittuali</p> <p>Adotta consapevolmente delle strategie per gestire con efficacia situazioni stressanti ("inventa" una situazione spiazzante, trattiene le emozioni e continua a parlare e agire in modo calmo e rassicurante, reagisce in modo costruttivo, supporta l'altro anche solo con l'ascolto o la presenza, ecc.).</p> <p>È aperto al <i>feedback</i> e sollecita le critiche sincere</p> <p>Sa tollerare l'ambiguità</p> <p>Agisce, cercando consigli o <i>coaching</i>, per indirizzare i propri limiti e per assicurare che questi non interferiscano – danneggino il lavoro</p> <p>Ha un forte senso del proprio valore e capacità professionale</p> <p>È consapevole che la "cassetta degli attrezzi" su cui fare affidamento è, soprattutto, se stesso con il bagaglio professionale ed esperienziale acquisito</p> <p>Sa "prenderci in giro"; è dotato di autoironia</p>
EMPATIA	Ascoltare con attenzione e comprendere pensieri, motivazioni, sentimenti e preoccupazioni anche non apertamente o completamente espressi degli interlocutori. Comprendere, o cercare di, le motivazioni e le ragioni dell'altrui comportamento anche quando questo è complesso, contorto o ambiguo.	<p>Riconosce le emozioni degli altri attraverso il linguaggio del corpo, espressioni del volto, tono della voce, ecc.</p> <p>Fa domande per comprendere preoccupazioni e prospettive altrui</p> <p>Ascolta con attenzione ciò che è importante per gli altri, prende atto delle loro prospettive</p> <p>Cerca di comprendere se i suoi messaggi sono stati realmente capiti dall'interlocutore</p> <p>Riesce a farsi un'opinione dei sentimenti e delle preoccupazioni altrui al di là di quanto esplicitamente detto o fatto</p> <p>Riconosce le differenze di valore e di stile e rispetta le caratteristiche o i punti di forza di un'altra persona</p> <p>È attento a rispettare l'altro e la sua credibilità.</p> <p>È aperto alla diversità, mostra rispetto delle prospettive altrui anche quando non coincidono con i propri convincimenti, stili, approcci</p> <p>Riconosce e apprezza l'unicità del paziente in modo olistico, in termini di esperienze vissute e situazioni che sta attraversando</p>
FLESSIBILITÀ	Adattarsi e lavorare efficacemente in differenti situazioni e con diverse persone; comprendere e apprezzare differenti o contrastanti prospettive su un problema; adattare il proprio approccio alle mutate caratteristiche del contesto; gestire il proprio tempo e le attività e i programmi in relazione alle priorità e alle mutevoli esigenze della situazione.	<p>Personalizza l'approccio sia personale sia professionale, riconoscendo e apprezzando l'unicità del paziente</p> <p>Affronta e gestisce con disinvoltura richieste inattese</p> <p>È disponibile a cambiare idea sulla base di nuove informazioni o di evidenze contrarie</p> <p>Applica le regole/procedure e gestisce il proprio tempo, in modo flessibile, adattandoli alla situazione, per portare a termine un lavoro e/o raggiungere un obiettivo</p> <p>Decide come agire sulla base delle circostanze, cambiando tattiche, modalità d'azione, programmi.</p> <p>Agisce per essere in linea con la situazione o l'interlocutore, alternando cambiamenti significativi nelle modalità di esecuzione del piano in funzione delle mutate circostanze</p> <p>Adatta le modalità di relazione e di comunicazione con gli interlocutori interni o esterni in relazione alla situazione, al loro livello, alle loro capacità, al loro ruolo</p>

DEFINIZIONE		COMPORTAMENTO DELL'OPERATORE
FANTASIA	Trovare soluzioni pragmatiche, fantasiose, creative, che affrontano, a volte in modo spiazzante ma con efficacia, problemi, situazioni critiche o complesse.	<p>Applica alle situazioni di lavoro situazioni di normale quotidianità, adattandole alle circostanze e agli interlocutori</p> <p>Trova soluzioni anche quando non sono disponibili all'interno</p> <p>"Sfida" il modo convenzionale di lavoro; è disponibile a provare soluzioni diverse e a seguire approcci non ortodossi</p> <p>È aperto quando gli si presentano nuove prospettive e nuove idee</p> <p>Incoraggia nuove idee dai colleghi</p> <p>È curioso rispetto a nuovi approcci, di metodo e di strumentazione nel proprio campo disciplinare; si informa su ciò che altri fanno di innovativo e lo utilizza a sua volta</p>
COOPERAZIONE	Lavorare in modo cooperativo con altri, far parte di un team, lavorare insieme, piuttosto che individualmente e in modo competitivo, per raggiungere degli obiettivi condivisi o realizzare un progetto comune.	<p>Si sente e fa parte della squadra partecipando attivamente al progetto e alle diverse attività</p> <p>Rispetta il ruolo assegnato dal team nel progetto</p> <p>Ha fiducia nel fatto che i membri del team sappiano quello che fanno, nel loro giudizio, e mostra rispetto per la loro intelligenza</p> <p>Mantiene aggiornati i membri del team; condivide con loro le informazioni utili e pertinenti e li informa su ciò che sta succedendo; spiega le ragioni di una decisione</p> <p>Incoraggia la partecipazione al gruppo gestendone positivamente le dinamiche</p> <p>Dà sinceramente valore all'esperienza e agli apporti altrui ed è disponibile ad apprendere dagli altri</p> <p>Sollecita idee e opinioni per prendere decisioni o stendere programmi</p> <p>Utilizza realmente le informazioni fornite dal gruppo</p> <p>Fa sì che tutti i membri del team abbiano un forte senso di "paternità" e di impegno verso il progetto</p> <p>Agisce per promuovere clima amichevole, morale alto e cooperazione e risolvere i conflitti del <i>team</i></p> <p>Protegge il gruppo e la sua reputazione nei confronti dell'esterno.</p> <p>Si attiva per ricercare o fornire collaborazione da altri enti e organizzazioni, cercando di sviluppare una rete "stabile" su cui fare affidamento</p>
COMUNICARE	Conoscere e utilizzare, all'interno del CD o all'esterno, un'ampia gamma di approcci, tecniche e strumenti di comunicazione per informare, stabilire una relazione positiva con gli altri, promuovere nuovi comportamenti, ottenere il loro supporto e collaborazione.	<p>Comunica con un linguaggio multidimensionale per interagire, farsi comprendere dai diversi interlocutori e per ottenere consenso</p> <p>Cerca di stare nella relazione e nelle tortuosità che questa può creare, governando gli scambi di conversazione</p> <p>Si tiene aggiornato su tecniche e strumenti di comunicazione e li utilizza con efficacia</p> <p>È consapevole che le modalità di comunicazione adottate possono rappresentare, per il paziente, un modello da seguire</p> <p>È consapevole di avere uno specifico impatto o effetto sugli altri e sa usarlo, senza distorsioni o abusi, per comunicare credibilità e fiducia</p> <p>Comunica e diffonde attivamente, all'interno del CD o all'esterno, le "eccellenze" del CD o dei pazienti</p>

PARTE II:

IL "CAMPO" DELLE COMPETENZE TRASVERSALI

4. Una premessa: imparare a disimparare

Il Centro Diurno delle origini era un territorio franco, di frontiera. Fuori dall'ambulatorio, fuori dall'ospedale, senza letti e senza farmaci. Un terreno aperto, una prateria nella quale era possibile muoversi, dove c'era spazio. La malattia mentale veniva affrontata "a mani nude", a volte con ingenuità ma con coraggio, gli strumenti della cura conosciuti andavano contestualizzati, la letteratura esplorata. I ruoli professionali davano modelli non adeguati alle circostanze, più utilizzabili come rifugio che come risorsa. La risorsa primaria era costituita da noi stessi, dalle nostre speranze di fare bene, dalla nostra apertura mentale, dalla nostra volontà, dalle poche esperienze esemplari. La formazione spesso era informale e avveniva "sul campo". Contigua al nostro fare assieme. Però allora nei Centri Diurni era possibile guardare avanti, si era creato lo spazio necessario e giusto per costruire.

Quelle che ora individuiamo come competenze trasversali degli operatori dei Centri Diurni sono il peculiare prodotto di questo laboratorio umano e professionale, il frutto di contingenze storiche, legislative e motivazionali forse irripetibili.

Questo rende ragione della loro "unicità", della loro complessità e della difficoltà a ricondurre il tutto compiutamente a criteri di modellizzazione.

Quando parliamo di competenze trasversali, dobbiamo tenere presente che si producono e diventano feconde e mature in condizioni determinate attraverso precursori e catalizzatori e in presenza di uno specifico *humus*. Sono condizioni primarie, a volte non visibili, non decifrate, che permettono la connessione tra le varie parti. Sono quel *qualcosa* che è in grado di produrre la differenza. Come le particolari caratteristiche di un terreno, di un luogo, di un microclima che portano uno stesso vitigno a produrre risultati qualitativamente molto diversi.

Una di queste *risorse nascoste* è stata focalizzata quasi per caso nel corso del lavoro dell'Isfol con i Centri Diurni e qui si vuole provare a renderla visibile e forse fruibile. È "l'imparare a disimparare", il "fare spazio" il rendere disponibile un terreno libero, pulito, non affollato per permettere il nuovo. È il luogo, il momento, la condizione dell'apertura mentale e degli atti creativi. Questo disimparare, questo disfare per ricostruire, il "*deshacer*" di Maria Zambrano (Zambrano, 2000), è anche un tentativo di ritorno alla realtà, sommersa da tutto ciò che viene costruito a colpi di "io" o di "voler essere". È una pratica di disapprendimento della violenza del volere, un tentativo di riportare lo sguardo oltre la superficie.

Heidegger in un piccolo scritto *Die Kunst und der Raum*, "L'arte e lo spazio" (Heidegger, 2003), ricorda che la creazione ha bisogno di spazio (*Raum*), di uno spazio attorno a sé che le consenta di vivere, di respirare. Bisogna crearlo, questo spazio. Questa capacità di *fare spazio*, uno spazio da abitare e far abitare con il corpo e con la mente, è una risorsa che ha radici remote. Il verbo *raümen* (= fare, creare, lasciare spazio disponibile) è esplicativo dei più antichi insediamenti:

l'umanità delle origini, discesa dagli alberi, uscita dalle caverne, creava, disboscando e dissodando, *la radura*, lo spazio libero per costruire la propria dimora.

Fare e lasciare spazio vuol dire quindi al tempo stesso accordare l'accesso e "installare", cioè disporre e ordinare la possibilità di appartenere a qualche luogo e, a partire da questo, di porsi in relazione, di "stare" insieme. Parliamo di spazi reali, concreti, che permettono alle cose, anche alle competenze, di trovare il loro posto, grazie ad un orientamento che le avvicina, le rende disponibili, accessibili, non ostili. Spazi mentali che aiutano a ragionare e a far ragionare, spazi di attenzione per parlare e ascoltare, spazi per ricordare e spazi per progettare un futuro. Ma anche luoghi della ragione che ci riportano ai nostri limiti, ad accettare l'imperscrutabilità e la difficoltà di capire, forse antidoti dalle velleità di potenza e di controllo.

"Imparare a disimparare" è prima di tutto fare spazio. L'affollamento dei nostri luoghi mentali e fisici è simile all'insabbiamento progressivo di un porto che rischia di renderlo inagibile. Rendersi disponibile per altri pensieri implica aprire un tempo di attesa, che non è soltanto vuoto e ansia, è l'accettazione del venir meno, è il permettersi opportunità. Riusciamo a renderlo possibile quando la nostra percezione di esistere non dipende più troppo immediatamente dalla conferma e dal riconoscimento. Imparare a disimparare è necessario agli operatori dei Centri Diurni. E' necessario agli utenti. Ed è obiettivo dei tre pilastri fondanti il nostro ruolo: la riabilitazione, la psicoterapia e sostanzialmente la formazione.

In particolare oggi ci riguarda perché è propedeutico al modello delle competenze trasversali e della formazione informale e sul campo. Imparare a disimparare è inoltre presupposto e, ad un tempo, conseguenza in rapporto stretto e circolare con le competenze agite nei Centri Diurni che sono descritte in questo manuale: il comunicare, il lavorare in squadra, la consapevolezza di sé, l'empatia, la flessibilità, l'immaginazione, l'orientamento al risultato ed il far crescere.

Il tema presenta almeno due sostanziali livelli di lettura:

- quello relativo all'aspetto conoscitivo e metodologico: cosa è l'imparare a disimparare e la sua relazione col processo di apprendimento;
- quello politico- epistemologico che ne definisce i contesti e le finalità: perché e in che direzione imparare a disimparare.

Declinare il primo, la tecnica, senza il secondo, la complessità, non è sufficiente e non ci interessa. Perché parliamo della necessità di promuovere salute, idee, cambiamenti e rischiamo, pur con buone intenzioni, di produrre il loro contrario. Vorremmo non dover affrontare i nuovi problemi posti da questa difficile contingenza economica, politica e sociale e dalla crisi della "modernità" e dei suoi modelli con uno strumentario di vecchie soluzioni o con assetti tecnici e organizzativi segmentati e parcellizzati.

Nella vita si impara, continuamente. Su questo siamo sufficientemente attrezzati, ben disposti. Capita, però, di dover anche imparare a disimparare. E' necessario cioè smettere di fare una cosa in un certo modo per imparare a farla in un altro. Su questo non siamo molto pronti e consapevoli. Addirittura abbiamo sviluppato una istintiva resistenza a questo processo. C'è un'intrinseca resistenza a ripulire e a eliminare. Spesso il nostro pensare e agire si avvolge a spirale, cioè conservando forma e proporzioni e crescendo in una sola dimensione per aggiunte

all'estremità libera. Le scoperte hanno dovuto subire vari processi di dis-apprendimento per sistematizzarsi e imporsi. Quando si fa strada un'intuizione, un'idea, non costituisce solo l'esito di una selezione accidentale ma anche il prodotto della costante ristrutturazione dei nostri campi cognitivi, emotivi, esperienziali.

4.1 Il disimparare nell'apprendimento

L'apprendimento è un processo di acquisizione di conoscenza, di una competenza o di una particolare capacità attraverso l'insegnamento, lo studio o l'esperienza. Ha una struttura complessa, risulta dalla compenetrazione di motivazione, emozione, memoria, pensiero. Poiché l'apprendimento non si configura come procedimento semplicemente additivo ma si determina attraverso sistematiche selezioni quali-quantitative, si rendono necessarie fasi libere, latenze e sottrazioni dagli schemi precedentemente acquisiti per ricostruire il campo cognitivo e passare a un paradigma più evoluto. La ridefinizione si determina quindi per sottrazione ed eliminazione del superfluo, del disfunzionale. Un campo nuovo tende a sostituire quello vecchio. Il disimparare quindi è un aspetto specifico delle gerarchie di apprendimento che permette di mettere ordine nei costrutti precedenti, di fare spazio, di evitare ridondanze, di (per usare i termini dell'informatica ormai a noi consueti) resettare o deframmentare. Questa dinamica investe non solo il mondo delle conoscenze intellettive ma anche il mondo sensoriale, le emozioni, gli affetti e ne permette l'evoluzione attraverso il motore dello sviluppo individuale e sociale: il cambiamento.

Nei primi approcci comportamentisti all'apprendimento, dal condizionamento rispondente di Pavlov (1927) a quello operante di Skinner e Thorndike, l'imparare e il disimparare applicati ai comportamenti vengono identificati come la risposta a uno stimolo o a un rinforzo di cui è possibile governare empiricamente l'attivazione o l'estinzione. La psicologia della *Gestalt* (Kohler) introducendo il concetto di *insight* in riferimento ad apprendimenti concettuali e cognitivi piuttosto che senso-motori conferma il disimparare come condizione-effetto di una ristrutturazione cognitiva. Bandura, col *modeling*, sottolinea che attraverso il meccanismo imitativo e la riproduzione è possibile abbandonare (disimparare) uno specifico *pattern* comportamentale per aderire ad un nuovo modello. Introduce poi con l'autoefficacia percepita i criteri esplicativi della competenza, della forza e della vulnerabilità individuando gli interventi in senso correttivo, sottrattivo (anche qui disimparare) o additivo necessari al cambiamento.

Il disimparare si può produrre come:

- processo automatico selettivo e adattivo riconducibile a esperienze, stimoli, circostanze, su base evolutiva e a volte casuale;
- processo indotto da terzi per propri interessi, per produrre negli altri l'adesione, non da loro perseguita, a comportamenti, ideologie, religioni. E' basato sulla manipolazione, fa leva sulla paura, gli scopi sono il dominio e l'omologazione;
- processo consapevolmente e volontariamente attivato e condiviso dal soggetto per produrre uno specifico cambiamento ritenuto necessario per il proprio e l'altrui benessere. Valorizza la diversità come risorsa.

Quest'ultimo processo è l'*imparare a disimparare* di cui vogliamo parlare e che accettiamo per senso e fine. Ha tre prerequisiti che riguardano il soggetto: la conoscenza, la condivisione e la finalizzazione, che lo connotano eticamente.

Il disimparare riguarda gli operatori dei Centri Diurni rispetto a: atteggiamenti, pregiudizi, abitudini.

L'atteggiamento è la disposizione di ogni individuo a valutare uno specifico oggetto con un determinato grado di favore o sfavore. Per Allport l'atteggiamento costituisce il tratto d'unione tra l'opinione e la condotta. Per Thomas e Znanienki è "una disposizione verso", per i costruttivisti è il frutto dell'interazione tra persone e del modellamento dei significati. Questo concetto costituisce l'oggetto primo di ogni ricerca sociale ed è stato approfondito in innumerevoli direzioni. Le teorie degli atteggiamenti spaziano dalla moda al conformismo al razzismo attraversando discipline come la sociologia, l'antropologia, la statistica, la psicologia. Riguardano la salute e la prevenzione.

Quelli di nostro interesse sono relativi allo studio di:

- gruppi o minoranze (pregiudizi e stereotipi, ad es. conformismo e normalità)
- scopi e fini astratti (valori personali)
- aspetti del sé (autostima).

I pregiudizi sono atteggiamenti intergruppo, cioè posizioni di favore o sfavore che hanno per oggetto un gruppo, si formano nelle relazioni e risultano largamente condivise. Nascono dal comune modo di approcciarsi verso la realtà, fanno parte quindi del *senso comune* che è quella forma di pensiero e di ragionamento che appartiene a una cultura e ne plasma la produzione culturale in modo inconsapevole. Si può dire anche che i pregiudizi sono culturali nel senso che variano da cultura a cultura. L'ignoranza in un determinato campo porta al pregiudizio. Il conformismo è una sorta di comportamento mimetico, l'individuo si nasconde nell'ambiente sociale nel quale vive, assumendone i tratti più comuni, in termini di modi di essere, di fare, di pensare. Il senso di protezione che ne deriva rafforza ulteriormente l'adesione a questi atteggiamenti. Interconnesso agli atteggiamenti è il concetto di abitudine.

Per la psicologia è una sequenza invariante con funzione adattiva. Si produce quando l'apprendimento si basa non su un apprendimento singolo, ma su una vera e propria classe di comportamenti (cioè su tanti comportamenti fra loro simili). Ogni nuovo comportamento rinforza l'abitudine precedente. Quanto meglio "conosciamo" qualcosa, tanto meno diveniamo consci di questa conoscenza; esiste cioè un processo per cui l'abitudine, non importa se di azione, di percezione o di pensiero, scende nella mente a livelli sempre più profondi. Essa si impone senza bisogno di atti di decisione da parte del soggetto. In altre parole tende ad essere automatica. E poiché le abitudini tendono a cristallizzarsi è difficile disimpararle. I vari aspetti del processo di costruzione e modellazione degli atteggiamenti, sono stati analizzati in riferimento ai processi affettivi, ai processi cognitivi, alle dinamiche di appartenenza sociale. Nei confronti dei malati mentali, atteggiamenti e pregiudizi hanno radici che affondano nel tempo e si propagano ancora oggi in tutti i paesi, specie quelli progrediti. Nascono e crescono su un terreno di false informazioni accettate in modo passivo e acritico. Producono stigma, marchio di disapprovazione sociale, ed emarginazione.

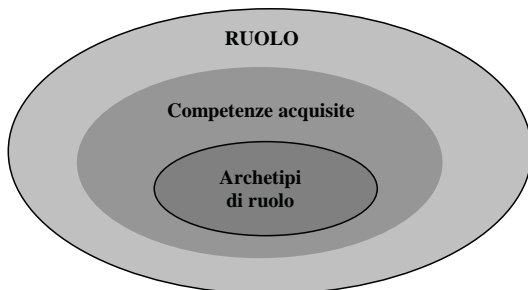
4.2 Ri-vedere il ruolo

4.2.1 Imparare a disimparare al Centro Diurno

Nell'ambito dei servizi per la salute mentale, ci sono delle cose da disimparare. Di più: le cose da disimparare sono spesso più importanti di quelle da imparare perché possono invalidare all'origine ogni approccio al lavoro e all'utente. Ci riferiamo a pregiudizi, preconcetti e credenze che nelle loro varie configurazioni attengono al senso di identità, alla percezione di sé, allo stile di vita e di pensiero e che in particolare sostengono e sono sostenuti da parti importanti del ruolo professionale degli operatori. Per contrastare questi costrutti all'operatore del Centro Diurno è richiesto di declinare la propria attività, il proprio ruolo, su vari registri, spesso trasversali ed informali. Questo gioco delle parti comporta un continuo entrare e uscire, un saliscendi fra soggettività e oggettività, personale e professionale. Le riunioni d'équipe diventano non solo luogo di riflessione e di progettazione, ma anche contenitore dei vissuti e delle molteplici dinamiche che si sviluppano all'interno del Centro stesso. In questo processo si acquisisce l'attitudine a osservare ciò che accade, ad ascoltare ciò che viene espresso (e a cogliere anche ciò che non accade e ciò che non viene espresso), a riflettere sui possibili significati, a registrare i propri "movimenti interni".

"Il rispetto dei diritti della persona, sana o malata richiede un confronto della propria disciplina con questi diritti: il che a sua volta esige la capacità di reggere il conflitto che questo confronto produce, senza cancellarlo. Nell'accettazione dell'altro e nel conflitto che ne deriva c'è sempre la paura di una perdita di sé quando il ruolo non ti difende, non ti ripara. Ma è questa uscita dal ruolo pur giocandolo che consente di passare da una domanda all'apertura di un'altra domanda qualitativamente diversa" (Franca Ongaro Basaglia, 2001).

Il ruolo professionale funziona come un contenitore a più strati: in quelli esterni ci sono le parti più recentemente acquisite, quelle che riusciamo a percepire e in parte a modellare/modificare. Ma è un'operazione che riguarda la superficie.



Sotto, negli strati più interni albergano gli archetipi, la struttura portante del ruolo, quelli che assicurano la sua autoriproduzione e le sue ricorsività. Per portare il cambiamento lì dentro, luogo protettivo ma saturo e privo di osmosi, è necessario che vi si apra uno spazio.

Dobbiamo quindi guardare al ruolo e dentro il ruolo per imparare a disimparare atteggiamenti ed abitudini, cioè per imparare a farlo non in modo istintivo e genericamente orientato ma con un approccio che ci permetta di individuare cosa va disimparato, dove è allocato il problema e come fare per smontare e rimontare, per aprire nuove opportunità.

Nell'agire e pensare la riabilitazione, facciamo riferimento a modelli teorici e operativi e, più o meno consapevolmente dispieghiamo l'utilizzo di quelle che chiamiamo competenze trasversali (individuate compiutamente dall'*expert panel* di Hay Group) che costituiscono una base sicura dalla quale muoverci. Ma abbiamo avuto bisogno anche di stimoli, percorsi analitici e visioni suggestive provenienti dalla filosofia, dalla fenomenologia in particolare, dalla sociologia, dalla psicodinamica, dall'arte e dalla letteratura, dalla storia delle istituzioni, che ci orientino alla riflessione e all'autocorrezione. Per interiorizzare le professionalità e non esteriorizzarle come saremmo stati inclini a fare. Dobbiamo prioritariamente coltivare e condividere le capacità di "stare-con" e di "rendersi conto" e sviluppare relazioni in cui le aspettative di cambiamento non rappresentino l'unica moneta di scambio con l'utente. Questi tentativi di apertura, che provano a concedere uno spazio e un tempo per l'attesa, per l'ascolto, spesso entrano in contrasto con un'idea di cura orientata solo al cosa e come fare. Non è sempre facile scegliere consapevolmente di astenersi da una qualsivoglia iniziativa se non quella di testimoniare al paziente, con la propria presenza, l'accettazione della sua specificità.

Tabella 6 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

P. ha 34 anni. È piccola di statura ma pesa intorno ai cento chili. E' ostinata e provocatoria ma generosa. Nel vestirsi e nel truccarsi tende a essere eccessiva. Quando viene a sapere del prossimo matrimonio di T., un volontario che aveva condotto un laboratorio di espressione artistica, tace. Dopo qualche giorno si evince dal suo contegno che sta rimuginando qualcosa. Esplicita un'infatuazione per T. (cui attribuisce valore retroattivo), scaturita dall'imminenza della perdita. Si mostra incongrua e dialetticamente inaccessibile. È diffidente e disforica. Ci accusa di volerla contrastare e reprimere. T. si sposa ma per P. non cambia niente. Gli scrive, telefona, manda SMS. Rischia una denuncia per *stalking*. Nei giorni che seguono si scompensa ulteriormente. Il referente psichiatra del CSM modifica tempestivamente la terapia ma la risposta nel breve periodo è ridotta. La famiglia, multiproblematica, minimizza. Gli interventi gruppo-centrati e i colloqui individuali sono difficili e conflittuali. Quasi ogni giorno P. cerca di comunicare con scritti disarticolati e poesie. Continua a frequentare il CD, ma la gestione della fase critica è complicata. Si prospetta il ricovero. Gli operatori intensificano i loro momenti di confronto, emergono storie personali, che permettono di riflettere, di tollerare l'attesa e la frustrazione continuando a sostenere P. senza vessarla. Il gruppo allargato fa lo stesso. Si mantiene aperto un canale comunicativo, a tutti i costi. Le narrazioni proseguono. La terapia comincia a produrre risultati apprezzabili. Si dirada l'affollamento di pensieri, l'aggressività scema, P. ritorna sufficientemente disponibile ed attiva. Il ricovero non è più necessario. Dopo circa due mesi il disagio di P. è stabilmente rientrato.

Poiché l'imparare a disimparare non è una competenza, non possiamo trattarlo come tale. Possiamo considerarlo un paradosso, una suggestione, una chiave di lettura, ma forse è semplicemente il tentativo di far emergere sensibilità critiche e autocritiche pertinenti al contesto. Ogni approccio direttamente istruttivo al riguardo è probabilmente illusorio, fallace. Rendere fruibile il concetto per la formazione è ostico. Cionondimeno, possiamo utilizzare stimoli e modelli di elaborazione che permettano di capire *sul campo* il senso del disimparare e preparino il terreno a un processo maturativo. Oltre alla buona disposizione spontanea e all'incessante e a volte faticoso confronto interpersonale abbiamo avuto bisogno di strumenti concettuali che ci sostengano dandoci una trama di significati possibili. Per noi, operatori di Centro Diurno, sono stati importanti riferimenti: l'apprendere dall'esperienza, il pensiero complesso e la riflessività, la narrazione.

Uno stimolo a pensarci nel ruolo, viene dal costrutto bioniano: *imparare dagli errori e apprendere dall'esperienza*. Questo significa assumere un punto di vista sulla mente che fa riferimento al ruolo dei fattori emotivi e delle fantasie inconscie nella determinazione del comportamento. Vediamo di specificare meglio. Nel processo di conoscenza l'errore comporta sempre frustrazione, ma anche apprendimento nella misura in cui non solo ci dà modo di confrontarci con l'ampiezza dello scarto dalla "verità" o dalla "correttezza" della risposta, e contribuisce anche a sviluppare una migliore percezione di noi stessi, cioè una percezione più realistica delle nostre capacità. L'errore se per un verso è uno scarto dall'obiettivo, quindi un problema, per l'altro verso è invece una potenzialità. Il conoscere e l'apprendere sono possibili solo nella misura in cui ci si confronta con l'errore. Si impara quando si ha la possibilità di vedere le cose in una prospettiva diversa, cioè *"di creare un ambiente fisico e relazionale per cui nella nostra mente possa accadere qualcosa di nuovo"*. Un ambiente "facilitante" per dirla con Winnicott (1965), ma anche un ambiente dove si possa esplorare, sperimentare, e anche sbagliare per imparare dai propri errori. Apprendere infatti non è solo acquisire contenuti culturali, bensì conoscere il mondo mantenendo il contatto con le risonanze emotive che la conoscenza del mondo comporta. E disimparare non consiste solo nell'*evacuare* (Bion, 1972) gli aspetti dolorosi di un'esperienza, ma concedersi una tregua per altri sguardi, altri ascolti, altri significati.

Negli anni abbiamo cominciato a chiederci se fosse possibile assumere una posizione più attiva. Passare cioè dalla gestione e rielaborazione degli errori a un modello di regia dello sviluppo. Cioè a tutti gli effetti imparare a disimparare. Ispirazione ci è arrivata da alcuni elementi del dibattito sul pensiero complesso e sulla riflessività. Ma principalmente siamo stati conquistati all'approccio narrativo.

Il pensiero complesso concettualmente fa riferimento al pensiero critico della scuola filosofica nordamericana. Ci ha colpito per la coincidenza con le nostre esigenze di lavoro sul ruolo professionale e sugli atteggiamenti tanto da poterne diventare una sorta di manifesto programmatico: *".....il pensiero complesso è preparato a riconoscere i fattori che determinano i preconcetti, i pregiudizi, e l'autoinganno*. Implica un pensare sulle proprie procedure ed allo stesso tempo, pensare i propri contenuti, include dimensioni ricorsive, metacognitive, autocorrettive e tutte quelle altre forme di pensiero che implicano una riflessione sulla propria metodologia mentre allo stesso tempo si applicano ad un contenuto" (Lipman 2005). L'educazione al pensiero complesso non può seguire canali istruzionali o essere trattata nei termini di specifiche abilità cognitive da sviluppare "pare improbabile che si diventi pensatori capaci per il fatto di pensare le operazioni del cervello piuttosto che quelle dei muscoli". E' un *educare il pensiero* non un *educare a pensare*. Necessita quindi di contesti esperienziali e di riflessione. Lipman (2005) raccogliendo anche suggestioni di matrice socratico-platonica, ha sviluppato l'idea di un gruppo di apprendimento/insegnamento che si configuri sostanzialmente come una "comunità di ricerca" all'interno della quale si possano aprire percorsi di riflessione interattivi. Il conduttore è parte attiva del lavoro comunitario e funge da "facilitatore" del processo di ricerca con riflessioni, domande, interventi il cui scopo non è quello di indirizzare il processo in questione su binari precostituiti, ma di garantirgli spessore, profondità, direzionalità e valore. La *riflessività*, in questo percorso, è fondamentale per comprendere in che modo stiamo costruendo la conoscenza su una determinata realtà, mettendo a fuoco continuamente

le nostre precomprensioni, i nostri pregiudizi, e come essi influenzano il processo conoscitivo.

Raccontare è raccontarsi e il raccontarsi chiede ascolto, chiede silenzio. E come possiamo ascoltare la sofferenza dell'altro se non facciamo silenzio dentro di noi, se non facciamo spazio nel nostro cuore e nella nostra mente? (Atti del seminario "Prendersi cura della cura, curare narrando", Ospedale Villa S.Giuliana, Verona, ottobre 2010).

La *narrazione* come forma di conoscenza della realtà trova la propria origine negli studi di psicologia sociale classica (K. Lewin 1972), in quella più attuale (Gergen 2005) e nella psicologia cognitiva (J. Bruner 1992). E' stata utilizzata in forma strutturata prevalentemente con finalità pedagogiche e formative. Si comincia a parlare di medicina narrativa solo più recentemente, alla fine degli anni Novanta (R.N. Remen 1996 e R. Charon 2006). La medicina narrativa (cui si attribuisce l'acronimo NMB, complementare e non alternativo all'EBM), utilizza la narrazione come metodo conoscitivo e indica un approccio alla malattia e al suo significato in un quadro sistemico, più ampio e rispettoso della persona assistita. Integra il sistema diagnostico e di cura con l'utilizzo anche in senso terapeutico dei racconti dei pazienti, dei familiari, degli operatori sanitari stessi. Amplia l'ottica della valutazione clinica e incrementa l'ascolto anche empatico da parte del medico e del personale sanitario. L'intervista mira alla rilevazione di liberi contenuti secondo una traccia generale o poche domande standardizzate.

I criteri metodologici prevedono di:

- lasciare l'intervistato libero di utilizzare le strutture narrative e le espressioni linguistiche più diversificate;
- non influenzare la modalità o il contenuto espressivo della narrazione;
- seguire una metodologia di intervista che sia comune e standardizzata all'interno del campione di studio (la cui numerosità deve essere definita in base al metodo di analisi).

Questi criteri hanno l'obiettivo di offrire all'intervistatore una gamma il più possibile ampia di "comportamenti" narrativi che saranno poi oggetto dell'analisi secondo teorie o modelli diversi.

Mentre l'intervista costituisce nel contesto della *visita* in ospedale e nella medicina generale lo strumento formale e necessario della medicina narrativa, nel Centro Diurno, per le peculiarità logistiche, temporali ed attuative del processo di cura, per le modalità di lavoro e di condivisione, l'approccio narrativo è sempre stato connotato, intrinseco alla formazione e fondante il dispositivo riabilitativo. Era così fin dalle prime esperienze comunitarie, ricche di intuizioni ma anche di approssimazioni. Bisognava *solo* accordare lo spazio per l'ascolto. Non sovrapporre: noi stessi, le nostre cognizioni. Bisognava moderare la nostra fretta di interpretare, diagnosticare, modificare (anche in virtù degli insegnamenti psicodinamici che ci orientavano a contestualizzare sempre il sintomo "se fai solo domande avrai solo risposte").

Oggi possiamo dire che la pratica autobiografica per il Centro Diurno è matura e consolidata e costituisce un metodo privilegiato per la conoscenza del paziente e per la costruzione o ricostruzione della sua biografia interna. Quest'ultimo processo è di cruciale importanza nell'esperienza delle malattie psichiatriche che spesso letteralmente "spazzano via" l'identità del malato. Ma è anche il metodo che gli operatori provano a utilizzare su loro stessi per

sviluppare riflessività e sensibilità empatica, per imparare a disimparare la pervasività dei modelli, per permetterci interazioni adeguate. Il pensiero narrativo sembra infatti una forma di conoscenza più efficace per entrare in relazione con uno o più individui, rispetto a quello logico formale, che si utilizza nella conoscenza scientifica. Mentre il pensiero logico-formale costruisce leggi generali a partire dall'analisi dei fatti, astraendosi dal contesto in cui si origina, il pensiero narrativo è idiografico (*idios* = singolo) e contestuale, essendo legato alla situazione particolare da cui si sviluppa. Inoltre, il pensiero narrativo è caratterizzato da una intrinseca diacronicità, ossia da una descrizione degli eventi nel loro sviluppo nel tempo. Secondo Ricouer "è proprio la natura temporale dell'esperienza umana, che chiama alla narrazione per una sua comprensione" (Ricouer, 1986). Il pensiero narrativo fa sempre riferimento a eventi particolari e concreti in cui è in qualche modo presente la dimensione dell'intenzione dei soggetti. Questa caratteristica evidenzia come i soggetti della narrazione, nelle situazioni in cui di volta in volta si trovano coinvolti, agiscono coerentemente ai loro stessi stati emozionali, i quali, ovviamente, condizionano il corso degli eventi. Altra caratteristica del pensiero narrativo è la "componibilità", per cui gli eventi che compongono una storia, possono essere compresi unicamente in rapporto alla trama che li unisce e al generale contesto che li contiene. La trama e il contesto infatti ci aiutano a comprendere le intenzioni di un soggetto, come esse possano essere nate e come possano guidarci nella rappresentazione dei fatti che l'individuo narrante sviluppa.

La forte valenza trasformativa della narrazione si trova soprattutto nel consentire di riflettere sui vissuti cognitivi e affettivi. Vengono individuati e ripercorsi eventi e cambiamenti pervenendo a una loro interpretazione causale o in termini di effetti. Raccontare permette di passare dall'implicito all'esplicito attraverso l'assegnazione di significati particolari alle parole e la costruzione di varie strutture narrative, ognuna con una propria valenza (Ammanniti, Stern, 1991). Si determina quindi anche un potenziamento nella comunicazione intesa sia come capacità di verbalizzare, che di ascoltare l'altro che racconta. Come previsto anche da alcune tecniche di formazione (analisi di caso) la condivisione in gruppo di fatti, eventi, emozioni, permette al soggetto di chiarire se stesso e agli altri di fornire interpretazioni diverse, personali che possono contribuire alla soluzione di problemi, ad affrontare in modo *altro* situazioni di difficile comprensione. La narrazione permette anche di collegare la teoria e la prassi consentendo una continua rivisitazione della prima attraverso la seconda.

In riferimento a queste coordinate, il nostro percorso è stato affrontato cercando un approccio "filosofico", con sguardo e interpretazioni "ampie e trasversali". Gli argomenti non sono stati scelti, si sono semplicemente presentati alla nostra attenzione. A volte sono stati affrontati congiuntamente, trasversalmente. Si sono configurati come tentativi di riflettere su specifiche evenienze raccontandole. Hanno prodotto conflitto e confronto, nuove aperture e l'opportunità di disimparare costrutti radicati. Ecco alcuni temi: l'uso del tempo e degli spazi, i farmaci, le relazioni istruttive, la frustrazione, la diagnosi, il lessico specialistico, i sintomi, il dentro e il fuori, la sicurezza, la paura, la rabbia, l'autorità. Sono aspetti della quotidianità e dell'identità di ogni operatore che proprio in quanto tali possono essere sottovalutati. O affrontati solo per il tempo necessario a risolvere un problema contingente. Quello che ci interessava è approfondire l'appropriatezza del loro uso e sviluppare pensieri e comportamenti trasformativi.

4.2.2 Itinerari di approfondimento

Nelle riunioni di équipe o in apposite occasioni si utilizzano riflessioni, narrazioni e resoconti diaristici del Centro Diurno in funzione della ridefinizione continua dell'esperienza professionale. Gli obiettivi sono stati centrati sulla rielaborazione di:

- azioni/situazioni professionali, eventi problematici del Centro Diurno;
- noi stessi in quanto operatori professionali e in quanto soggetti implicati in un processo di formazione continua sia formale che informale;
- concezioni, credenze, teorie implicite o date per scontate sulla natura della pratica professionale sui ruoli degli agenti in essa implicati;
- risorse, anche nascoste, utilizzabili e delle declinazioni del co- operare per finalità condivise.

Il percorso di de- costruzione/ricostruzione del ruolo comprende le seguenti tappe:

- ricostruzione di azioni in situazione: identificazione delle caratteristiche precedentemente ignorate di una situazione o assegnazione di nuovi significati ad elementi noti;
- ricostruzione del ruolo professionale: esplicitazione della nostra posizione epistemica in situazione e della visione che abbiamo sul nostro ruolo sulla base del *background* culturale, della storia personale, delle esperienze ed elaborare strumenti per la revisione;
- ricostruzione di credenze, preconcetti, teorie implicite, che condizionano, orientano e vincolano il nostro agire professionale in determinati contesti: riconoscimento e tentativo di modificare gli elementi di *impasse* e le rigidità nel conoscere e nell'operare – sul piano individuale e su quello socio-culturale.

Utilizziamo riflessione e narrazione come dispositivi di descrizione/interpretazione/compressione dell'agire individuale e sociale (M. Striano 2001) poiché innescano processi di:

- autoanalisi
- introspezione
- revisione critica

e permettono una progressiva *ricostruzione dell'identità* personale e professionale in un processo di confronto sistematico. Come strumenti ad hoc utilizziamo la produzione e l'analisi di registrazioni, video e resoconti diaristici.

Il percorso seguito, autodiretto e basato sulla confrontazione interna ed esterna rispettata le aspettative modificando significativamente la nostra attenzione e la sensibilità critica rispetto al ruolo e al suo declinarsi e alle configurazioni anche nascoste ed implicite del pregiudizio. Il cambiamento si produce gradualmente seguendo tempi e modalità dell'elaborazione personale e del gruppo.

Man mano che procedeva questo lavoro, emerge però in noi la sensazione di una sottrazione di senso in quello che stiamo facendo. Si è parlato di ritiro narcisistico e di impotenza. Il problema è che pure una buona iniziativa, con valenze trasformative, se continua a parlare una lingua diversa da quella degli altri servizi psichiatrici, rischia di diventare fine a se stessa. Poiché il nostro mandato istituzionale sarebbe il facilitare, attraverso la riabilitazione, l'inclusione sociale, e poiché non abbiamo né la pretesa né gli strumenti reali per produrre compiutamente

quest'ultima, finiamo per considerare la pratica riabilitativa come il fine e non il mezzo, e rischiamo di essere *un ponte sopra l'abisso ma verso il nulla*. La possibilità che abbiamo di raggiungere i nostri scopi dipende dalle nostre risorse interne (conoscenze e capacità di azione) e dalle risorse messe a disposizione dall'ambiente. Se non abbiamo il "potere di" disporne, nasce la dipendenza: un altro si fa carico dei nostri scopi o semplicemente non se ne occupa più nessuno. Queste fratture nascono "dal vuoto tra Agency and Tasks" (Bauman 2011), ovvero tra la nostra capacità di incidere e i compiti che siamo chiamati a realizzare.

Tabella 7 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

M. ha 37 anni. Ha frequentato il CD per due anni. Si è stabilizzato, si è ripreso. È in grado di lavorare, di stare con gli altri, di muoversi autonomamente. Questo è quello che è evidente al Centro Diurno. Ma vive lontano, in un paese in cima ad un colle dove tutti si conoscono, ma dove i pregiudizi di ogni tipo sono radicatissimi. Lì, segnato da anni di malattia, di cura e di "riabilitazione", ha molte conoscenze ma poche amicizie. Non ha una ragazza e si sente come se dovesse sempre dimostrare la sua normalità, mentre la vita dei suoi coetanei corre ormai per altre strade. Non c'è lavoro, molti l'hanno perso, i giovani non lo trovano, figuriamoci lui. La gente del paese è più povera, frustrata, si è incattivita. M. dice di avere solo due possibilità: o cristallizzare il suo stato di malato ed accettare la decrescita delle risorse e il suo isolamento, o tentare la sorte e trasferirsi alla disperata in un altro paese, in un altro luogo. Durante gli incontri di gruppo M. si racconta e descrive le sue emozioni con pertinenza e sensibilità, ma i suoi racconti cominciano a essere pervasi da lievi screpolature logiche pur se integrabili nel contesto. Il suo referente psichiatra del CSM, preoccupato dalle imminenti dimissioni dal CD, propone una proroga e si concorda un ulteriore periodo di osservazione. M. rimane al CD. Dopo meno di un anno di discreto compenso, entra in una fase di eccitamento con tratti di onnipotenza. Si rende necessario un ricovero (volontario) in SPDC che si protrae, con ulteriori transiti in clinica, a lungo. Dopo, stenta a risollevarsi. Si mostra sempre più insicuro e timoroso. La voce si incrina e diventa un falsetto. Non riesce a venire al CD, ma telefona, per mantenere un contatto e poter, se possibile, ritornare.

In un circuito in cui la dimensione temporale si dilata e gli scopi si confondono, il Centro Diurno rischia quindi di diventare l'unico rifugio nella tempesta, l'unica oasi solidale. Sancendo così ad un tempo l'esclusione dell'utente e la nostra separatezza. E portandoci ancora una volta a rappresentare paradossalmente proprio quello che da sempre viene imputato ai Centri Diurni: autoreferenzialità e intrattenimento. Riporto questo vissuto perché esplicita il principale limite di un percorso formativo che non agisca su più livelli sociali, organizzativi e istituzionali: lavorare per cambiare aspetti di uno specifico che però sono determinati da un complessivo sul quale non si riesce a incidere e che si finisce per accettare come ineluttabile, immanente.

4.3 Imparare a non disimparare in psichiatria

Nella moderna automobile, sussistono, ormai solo come reperti linguistici e senza un'associazione alla funzione attualmente svolta, termini come "cavalli", "candele", "carrozzeria", li a testimoniare, come strati geologici, i processi evolutivi. Nella psichiatria questi sedimenti, queste stratificazioni, non sono scomparse, le cose da disimparare sono sempre quelle che avevano sostenuto e validato l'istituzione totale, lo stigma e l'esclusione. Sono ancora il pregiudizio, le rigidità razionalistiche, la resistenza ad accogliere nuovi paradigmi scientifici, la complicata

integrazione con altre discipline, (oggi anche con le neuroscienze). Ne troviamo indicatori non solo nel lessico ma anche negli atteggiamenti e nella pratica, sono visibili in approcci teorici e organizzativi vecchi ma spacciati per nuovi, nell'acritica e velleitaria applicazione di logiche neoliberiste all'organizzazione di servizi già stressati, nei ricondizionati strumentari terapeutici e farmacologici. Non sono lì a monito di un passato da cui riscattarsi, ma come elementi di procedure e specialismi non più sottoposti a quella forte tensione ideologica, critica e sociale che aveva caratterizzato il dopoguerra. Il sistema psichiatrico sembra non aver ancora risolto la sua "equivoca vocazione al controllo" (Saraceno, 1995).

Nei periodi di crisi, di transizione, come quello che stiamo attraversando, il rischio della ricorsività dei fenomeni è elevato. Questa è una fase di incertezza statutaria della psichiatria magari ipercompensata nella ricerca di fondazioni "certe" e "inoppugnabili".

Stiamo vivendo anche nei nostri servizi quella dimensione di interregno in cui i vecchi approcci non funzionano più ma non cedono il passo, impedendo a un nuovo e coerente modello di nascere e svilupparsi. C'è l'incapacità dei vecchi strumenti di dare una risposta o una soluzione alle nuove questioni. Si cercano quindi paradigmi scientifici che suggeriscano una "concezione forte" di "verità psicologica e psichiatrica" e possano essere usati come strumenti monisti ed omnesplicitivi. È possibile, in questo contesto a un tempo liquido e regressivo, far emergere posizioni coraggiose, contrastare vecchie e nuove *lobbies*? Assumere l'onere del decostruirsi, del disimpararsi? Integrarsi nelle *medical humanities* e accettare, senza farsi cannibalizzare, il necessario confronto con le neuroscienze? E' possibile declinare comunque i principi di quello che G. Vattimo definiva pensiero "debole" (Vattimo, 1983): l'accettazione della propria crisi, la redistribuzione, la messa in discussione, la rilettura spiazzante delle categorie, la disponibilità al mutamento ed a tener conto dei paradossi dell'esperienza?

Tutto ciò richiede un particolare equilibrio: abituarsi a rifiutare sia i modelli di razionalità totalizzanti, pervasivi e monologici sia quelli dissolutivi di ogni razionalità. La complessità non è confusione. "L'uomo conosce due tipi di delirio. Uno ovviamente è molto visibile, è quello dell'incoerenza assoluta, delle onomatopée, delle parole pronunciate a caso. L'altro è molto meno visibile, è il delirio della coerenza assoluta. Contro questo secondo delirio la risorsa è nella razionalità autocritica e nel ricorso all'esperienza" (Morin 1983).

Il processo necessario a questa trasformazione culturale non è semplice e richiede una formazione degli operatori che tenga conto di tutti gli elementi emersi nelle pratiche di questi anni. Capace quindi di misurarsi e confrontarsi con questa complessità, ma in grado di ricordare, sempre, l'esclusione manicomiale e come la psichiatria l'abbia avallata e confermata scientificamente. Nella formazione degli psichiatri, degli psicologi, degli infermieri, dei tecnici - salvo rarissime eccezioni - non c'è traccia di memoria e di riflessione su quanto è successo in questi ultimi quarant'anni. Pochi hanno insegnato come disimparare ciò che alimenta ogni logica di esclusione, pochi hanno dato anticorpi. Per queste ragioni, ora che il superamento del manicomio è dato per scontato, ma sussistono separatezze e velleità di potenza, in questa fase di crisi economica e di recessione in cui immigrazione, disoccupazione, impoverimento materiale e culturale di fasce sempre più vaste di popolazione alimentano nuove e diffuse forme di disagio e di sofferenza, quindi di esclusione ed emarginazione, si fa più acuta la

necessità di riprendere gli elementi problematici delle prime esperienze, per riscrivere ruoli e discipline, per fronteggiare una realtà che ormai corre su altri binari.

Un approccio aperto, integrato, non arrogante e non mortificato dalle rigide barriere doganali delle discipline è quanto viene chiesto a più voci per scongiurare gli arroccamenti e promuovere sviluppo. Vittorio Gallese a proposito dell'intersoggettività (ma l'affermazione è estensibile a molte questioni che ci riguardano), sostiene la necessità di dialogo e di sviluppo di un linguaggio comune tra filosofia, neuroscienze e psicologia. "Non ci servono accademici affacciati in modo compiaciuto e appagato alle finestre dei propri angusti settori scientifico-disciplinari, ma ricercatori curiosi di esplorare nuovi territori collaborando con e traendo ispirazione anche da discipline che del proprio campo d'indagine offrono prospettive diverse." (Intervista a V. Gallese di M. Mozzoni per Brainfactor 2009).

"La OMS riconosce l'esclusione delle persone con disturbi mentali come un fenomeno universale da combattere. Eliminare l'esclusione è una pre-condizione per la cura. Le cure che vengono fornite all'interno di un contesto di esclusione sono poco credibili ed efficaci. C'è bisogno di un coraggioso collegamento fra conoscenze scientifiche, empiriche ed etiche, se vogliamo offrire risposte che siano umane, eticamente accettabili, adattate culturalmente e *cost-effective*. Per fare questo abbiamo bisogno di costruire una rete di conoscenze, di persone e di istituzioni. In caso contrario, offriremo risposte semplicistiche a domande e a questioni complesse." (Saraceno, 1995).

I Centri Diurni sono collocati in posizione intermedia tra due campi scientifico-culturali e istituzionali. Cogliere l'uno o l'altro dei due aspetti o coglierli insieme dipende dalla prospettiva in cui ci poniamo e dalla quale possiamo leggere la realtà secondo una visione statica o secondo una visione dinamica. Insistendo solo all'interno del circuito psichiatrico domande e risposte rischiano di muoversi circolarmente e di produrre solo altre domande senza risposta. E' necessario allargare lo sguardo, svelarci ad altri scopi, guardare, come fecero le repubbliche marinare nel X secolo, verso il mare conflittuale ma aperto della comunità in trasformazione, verso altri scenari, dove ci sono fenomeni controversi, ma movimento, dove possiamo comunque insediare scali e fare accordi, dove ci sono risorse, conoscenza, osmosi e commerci. Opportunità quindi di scambi culturali, materiali e affettivi.

Il lavoro intrapreso con l'Isfol va nella giusta direzione che è quella dell'attivazione di una rete sociale e istituzionale finalizzata a promuovere opportunità per il "lavoro difficile" e la sopravvivenza sociale.

Bateson (1979) osserva che Jung nei "Sette Sermoni ai Morti" definisce due mondi di comprensione, il pleroma e la creatura. Nel pleroma ci sarebbero forze e urti; nella creatura la differenza. In altre parole, il pleroma costituirebbe il mondo delle scienze fisiche, mentre la creatura il mondo della comunicazione e dell'organizzazione. Se la psichiatria fosse il pleroma, il Centro Diurno sarebbe la creatura, la differenza. Una differenza non ha luogo. In una parola, una differenza è un'idea. Il mondo della creatura, il Centro Diurno, sarebbe quel mondo esplicativo in cui gli effetti sono prodotti da idee, essenzialmente da differenze.

Dal Modello delle Competenze al "Campo delle Competenze"

Il lavoro del Gruppo di Redazione è partito dall'analisi dei risultati della identificazione delle competenze agite dagli operatori dei Centri Diurni per la Salute Mentale, realizzata attraverso il metodo di Hay Group. Benché l'adesione ai risultati ottenuti fosse stata unanime, è nata la necessità di approfondire ulteriormente e di contestualizzare il modello scaturito dagli incontri con l'*expert panel*. Non bastava descrivere le competenze agite né identificare il modello statico di cui fanno parte, si trattava piuttosto di riuscire a recuperare e trasmettere il loro processo di crescita in ambito esperenziale e culturale, affinché venissero meglio colti gli elementi costitutivi delle stesse.

Da qui l'avvio di incontri ricorrenti, bimensili, dove ogni costituente del Gruppo di Redazione ha contribuito al nuovo percorso di analisi attraverso apporti individuali e collettivi.

Il Modello è stato trasformato in Campo delle Competenze, un *humus* fertile che prospetta aperture, crescita, evoluzioni, nuove possibilità. Sono state rinominate alcune competenze e approfondite altre ma, fondamentalmente, si è lavorato sul *ri-conoscimento* delle diverse modalità attraverso le quali le équipes dei Centri Diurni esprimono le competenze trasversali.



5. La connotazione del "Campo delle competenze": "Comunicare" e "Lavorare in squadra"

Il confronto quotidiano con la grave sofferenza mentale e il passaggio dalla risposta preformata (ricovero in manicomio), alla costruzione di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati e realizzati nel territorio, hanno comportato e comportano modifiche radicali negli assetti organizzativi, ma anche nei riferimenti e negli stili di lavoro degli operatori. Le conseguenze di tale trasformazione, tuttavia, non appaiono sufficientemente declinate, non solo sul piano operativo, ma soprattutto sul piano della riflessione culturale scientifica e del relativo bagaglio formativo di base, specialistico e di aggiornamento. Questa mancata riflessione produce una frattura sempre più marcata tra il "sapere accademico" e le azioni terapeutico-riabilitative sviluppate nei servizi pubblici territoriali.

Considerate insieme, la *Comunicazione* e il *Lavoro in squadra* conferiscono un carattere peculiare alle nuove pratiche multidisciplinari in grado di contrastare modelli *iper* specialistici e neocorporativi, poco rispettosi della complessità della sofferenza mentale e inadeguati a risolverla.

Nella nostra visione, quindi, "comunicare" e "lavorare in squadra" costituiscono il terreno primordiale, il contesto di riferimento che rende possibile, pensabile e praticabile l'esercizio di competenze trasversali nel lavoro con la sofferenza mentale.

L'interesse ai processi comunicativi e la particolare attenzione che a essi trova una spiegazione nella storia o, se vogliamo, nelle *origini* dei Centri Diurni che, infatti, rientrano in quella rete di servizi territoriali nati dalla riforma dell'assistenza psichiatrica promossa dal lavoro di Franco Basaglia, il cui impegno quotidiano a ripristinare canali comunicativi che sembravano interrotti per sempre, ha permesso la chiusura dei manicomi.

Paola, un' infermiera che ha lavorato per circa 40 anni al S. Giovanni di Trieste, prima che vi arrivasse Basaglia, descrive così il clima: era come una piramide: al vertice c'era il direttore, poi i primari, poi gli infermieri. Il primario era una figura astratta, che passava, faceva il suo giro con la caposala e poi basta. Noi infermieri dovevamo stare sempre zitti. La caposala dava gli ordini e poi se ne andava. Non avevamo un rapporto con il medico. Bisognava eseguire gli ordini senza chiedere niente. La caposala, o l'infermiera più anziana, quando dava le medicine, ti dava il cucchiaino, con le pastigliette dentro e ti diceva: "vai a portarla a quella lì". Io generalmente chiedevo il perché, ma la risposta era: "a te non interessa, tu la porti e basta." Noi non sapevamo perché le pazienti erano lì, né che cura facevano. Se durante la notte riuscivi a leggere qualche storia allora ti potevi fare un'idea, ma questo poteva succedere con gli anni, e dovevi avere una collega di cui ti potevi fidare, perché guardare nelle cartelle cliniche era proibito. Solo la caposala e il medico potevano guardare nelle cartelle cliniche (Pitrelli, 2008, pag. 47).

La comunicazione era necessaria a modificare l'immagine del malato all'esterno, ma anche all'interno del manicomio, dove i ruoli erano funzionali all'autoconservazione dell'istituzione, e non favorivano né lo scambio né la conoscenza.

Mi ricordo un fatto che non dimenticherò mai. Una paziente un giorno era allegra perché le avevano detto che entro poco tempo sarebbe uscita dal manicomio. Si mise a cantare a squarciagola per la gioia. La caposala la vide e secondo lei non poteva cantare dalla gioia, poteva cantare solo perché era pazza. Così ci obbligò a prenderla con la forza, e a rinchiuderla in un camerino. Lei ovviamente si ribellò. Noi (infermieri) però dovevamo fare quello che ci diceva la caposala (...) la paziente ci diceva: non ho fatto niente sono solo contenta. E invece l'abbiamo sedata e chiusa nello stanzino dove è rimasta per cinque giorni solo perché cantava. Io sono sicura che cantava per la contentezza di uscire e invece secondo loro non poteva cantare perché era pazza (Pitrelli, 2008 pag 47).

In quegli anni, la testimonianza, in Inghilterra di Cooper e Laing, in Francia di Foucault, Deleuze, Guattari e Castel, in America di Goffman, si riverberò anche in Italia e rese possibile che filosofi, sociologi, politici, poeti e storici parlassero di psichiatria. Il ripristino della "comunicazione" aveva spostato nella collettività il rapporto problematico con la follia, reso impossibile, fino ad allora, dall'innalzamento delle mura manicomiali, fortificazioni non solo materiali, ma anche di comunicazione fra malato e comunità.

Il ripristino di un dialogo reale fra i pazienti, i medici e gli infermieri ha permesso al quotidiano di trasformarsi da "pratica routinaria di segregazione" in "esperienza clinica" da narrare, di "praticare una comunicazione ricca di conseguenze" e di "fondare il lavoro di gruppo".

Da allora i concetti di équipe multidisciplinari e di lavoro di gruppo hanno costituito i pilastri fondamentali nell'approccio ai problemi della sofferenza mentale. Anche i riferimenti normativi del settore, dai progetti obiettivi agli atti aziendali, attribuiscono importanza cruciale alla costituzione di équipe multidisciplinari e il lavoro di gruppo viene considerato come indicatore di buon funzionamento di un servizio.

Dal punto di vista della letteratura, tuttavia, non sembra rintracciabile una grande produzione su questi temi. I manuali di psichiatria (anche quelli meno tradizionali) non entrano nel merito del funzionamento dei processi organizzativi, degli stili comunicativi, delle interazioni, né pongono interrogativi sulle trasformazioni culturali/scientifiche che il lavoro di gruppo e l'attenzione ai processi comunicativi determinano sul piano della visione della sofferenza mentale e della distribuzione dei poteri, tra figure professionali, familiari e utenti.

La scarsità delle ricerche e dei dati epidemiologici riferiti a quello che accade nei processi di lavoro è probabilmente riferibile alla difficoltà di individuare strumenti di valutazione utili, anche se ormai è ampiamente riconosciuto il legame fra *struttura*, *processo* ed *esiti* nei servizi alla persona. Una riflessione specifica al riguardo è d'obbligo anche in considerazione del fatto che lo stesso Progetto Obiettivo nazionale Salute Mentale sottolinea tra gli "aspetti problematici che devono essere affrontati ... il rischio di interventi non coordinati e di conflittualità fra le varie figure professionali ...".

I contributi che qui di seguito presentiamo, derivati dall'esperienza maturata nei Centri Diurni,

cercheranno di analizzare le questioni a partire da interrogativi molto semplici: in che modo i processi comunicativi fondano il gruppo di lavoro, quali sono le caratteristiche delle buone pratiche comunicative, cosa intendiamo per lavoro di gruppo, quali sono i diversi modi di concepire il gruppo e l'équipe, quanto è importante il lavoro di gruppo e quale valore aggiunto può presentare rispetto a quello individuale, quali sono i principali problemi che si incontrano.

5.1 Comunicare

5.1.1 Definizione e teoria.

La parola comunicazione deriva dal latino *communico* che significa mettere in comune, condividere. In italiano ha il significato di "far conoscere", "rendere noto".

Comunicare significa quindi interagire, la trasmissione di un messaggio è solo il primo passo di un processo comunicativo che si origina da una relazione. La comunicazione è, pertanto, un fatto sociale sia se è uno scambio fra due o più individui, sia se si tratta del colloquio interiore con se stessi. Poiché il termine è usato in contesti molto diversi per circoscrivere il significato al campo d'interesse di questo lavoro faremo un breve riferimento alle due teorie classiche della comunicazione: quella linguistica di Ramon Jakobson e quella della Pragmatica della comunicazione della scuola di Palo Alto.

La tesi di Jakobson è tesa a individuare i fattori costitutivi di ogni processo linguistico, di ogni comunicazione verbale. Il suo modello può essere sintetizzato come segue:
il mittente invia un messaggio al destinatario. Per essere operante il messaggio richiede un contesto di riferimento, comprensibile per il destinatario, un codice condiviso dai due soggetti che interagiscono, un contatto un canale fisico e una connessione psicologica fra i due soggetti che consenta loro di stabilire o mantenere la comunicazione.

Esempio:

Serena e Martina sono due amiche che hanno deciso di andare a cena in pizzeria. Serena deve andare a prendere Martina alle 20.00.

Alle 19.30 Martina riceve questa telefonata: Pronto sono Serena, ho bucato vieni tu.

Martina: ok arrivo.

Il canale in questo caso è il telefono, Martina conosce il contesto del messaggio, sa che Serena stava andando da lei in auto; la connessione psicologica è il progetto della cena che consente a entrambe di sostenere la comunicazione.

Se Serena avesse sbagliato numero di telefono la stessa comunicazione sarebbe stata incomprensibile per un altro interlocutore.

La Teoria della Pragmatica della comunicazione sposta l'attenzione dal contenuto del messaggio al sistema interattivo che accomuna i soggetti partecipanti alla comunicazione. A questo proposito, Morris prima, Watzlawick e Beavin (1971) poi, hanno proposto tre livelli di analisi della comunicazione: la *sintassi* come studio dei rapporti formali dei segni fra loro; la *semantica* come studio del rapporto dei segni con l'oggetto cui si riferiscono (il significato); la *pragmatica* come

studio del rapporto tra i segni e coloro che li usano (Watzlawick, Weakland, 1978).

La teoria generale della comunicazione può essere così riassunta:

Ogni messaggio (unità di comunicazione) ha sia un aspetto di contenuto (informazione) che un aspetto di relazione (comando). Il primo trasmette informazioni su fatti, opinioni, sensazioni, esperienze, e il secondo definisce la natura della relazione che accomuna i comunicanti.

Naturalmente questo schema ha una funzione esplicativa della teoria di riferimento e riguarda individui isolati dal momento che parla di segni, significati, emittenti e riceventi.

Le possibilità di comunicazione, però, non si esauriscono nella produzione verbale: gli scambi comunicativi infatti sono arricchiti dal linguaggio del corpo (comunicazione analogica); il termine si riferisce, praticamente a tutto quello che le persone esprimono al di fuori e oltre quel sistema simbolico convenzionale che è il linguaggio verbale. Queste espressioni comunicative includono: il contatto fisico, le espressioni del volto, la modularità della voce, la dinamica respiratoria, lo sguardo, il ritmo, la cadenza delle parole, la postura e l'orientamento del corpo, la posizione delle mani e dei piedi, il colorito della pelle, e ogni altra espressione non verbale di cui l'organismo sia capace. Anche i segni di comunicazione propri del contesto in cui avviene la comunicazione sono determinanti ai fini di una corretta decodifica. Ad esempio: chiunque si lavasse i denti in una strada affollata, piuttosto che nel suo bagno, rischierebbe di essere accompagnato in commissariato o in SPDC.

Possiamo sinteticamente affermare che tutti i comportamenti, non solo le parole, sono comunicazione, e dal momento che non esiste un non-comportamento, è impossibile non comunicare. Recenti studi condotti su animali evidenziano, ad esempio, che certe scimmie si siedono per riposarsi, in uno spazio sgombro della foresta, in modo che nessun animale veda un altro davanti a sé. Fanno questo non solo per stare in guardia ma anche per riposarsi. Sembra che trovino ciò necessario per evitare anche la comunicazione implicita in uno sguardo, il che è molto simile al comportamento di una persona in una sala d'aspetto che può fissare il pavimento se vuole isolarsi dagli altri presenti. Il comportamento equivale al messaggio *lasciami in pace* ed è normalmente percepito come tale dagli altri (Watzlawick, Weakland, 1978 pag. 58). Questa caratteristica trova la sua spiegazione nel fatto che ogni segno ha senso e significato solo in un sistema culturale comune. In altri termini, la comunicazione umana deve fondarsi su un codice (grammatica) e tutti i partecipanti all'interazione sono tenuti a rispettarlo.

In realtà la reciprocità del processo comunicativo è così determinante che termini quali emettere, ricevere, perdono il loro significato di verbi che descrivono un'azione individuale. L'approccio psicosociale fa della comunicazione il fondamento dello sviluppo psicologico dell'individuo perché la capacità dell'individuo di comprendere e di reagire alle azioni e alle esperienze degli altri estende il suo mondo ben oltre le possibilità individuali. Secondo Asch questa interdipendenza modifica l'ambiente psicologico di ognuno perché vivere in società significa mettere in un rapporto efficace l'esperienza pubblica con quella privata.

Birdwhistell ha scritto: "un individuo non comunica: partecipa a una comunicazione o diventa parte di essa. Può muoversi o far rumore (...) ma non comunicare. Parallelamente, può vedere, sentire, odorare, gustare, avere delle sensazioni, ma non comunicare. In altre parole un individuo

non produce comunicazione, ma vi partecipa. Non si deve considerare la comunicazione, in quanto sistema, sulla base di un semplice modello di azione e reazione per quanto possa essere complesso e determinato. La comunicazione, in quanto sistema, va considerata a livello transazionale" (Watzlawick, Weakland, 1978 pag. 57).

L'ottica sistemico-relazionale applicata alla lettura della comunicazione ci sembra molto utile nel lavoro riabilitativo perché, spostando l'attenzione dal contenuto all'interazione, si trasforma il campo istituzionale in un contesto più aperto e flessibile, in cui tutti i partecipanti sono impegnati sia nella definizione della propria identità in relazione all'altro, sia nella definizione della relazione reciproca.

Nell'ambito dell'analisi condotta con la metodologia di Hay Group, che ha individuato le competenze trasversali degli operatori dei Centri Diurni, la comunicazione è: *la capacità di comunicare, utilizzando le modalità più adatte alla situazione, nell'ambito della più vasta gamma di tecniche e strumenti mediatici possibile (cfr par 3.2.2). Attraverso la comunicazione si può costruire un contesto relazionale positivo nell'ambito del quale tutte le altre competenze manifestano la loro massima efficacia.*

Come spiegato in altre parti di questo volume, i Centri Diurni sono luoghi di frontiera; questa immagine evoca qualcosa che ha a che fare con l'imprevisto, con un passaggio, con una possibilità d'incontro con l'alterità, con lo spirito d'avventura. Chi soffre chiede la rottura dell'isolamento e vuole essere incontrato là dove soffre. Il problema non è la guarigione ma l'emancipazione, la costruzione sociale della persona. Ci piace pensare al Centro Diurno come uno "spazio incubatore di presenze al mondo", in cui il nostro fare mira a riabitare il corpo, il tempo e lo spazio.

Uno dei cambiamenti culturali innescati dalla riforma dell'assistenza psichiatrica è la nozione di utenza. Prima pazienti e manicomio coincidevano e nell'immaginario collettivo la sofferenza psichica era collocata *al di là del muro*. Oggi il termine utenza rimanda all'intersezione tra la formulazione di una domanda e un servizio specifico al quale tale domanda viene rivolta. Il servizio la decodifica utilizzando la propria cultura di riferimento, riconoscendo quei bisogni per i quali esistono risposte più o meno dirette ed esplicite. Queste, a loro volta, esercitano un potente effetto retroattivo sulla domanda originaria, influenzando tutta la dinamica della relazione tra il servizio e chi a esso si è rivolto.

Anche il concetto d'identità dell'uomo è cambiato: a quello che definiva l'identità come risultato dell'interiorizzazione di norme, valori e modelli si è sostituito quello che definisce l'identità come un processo di alternanza di appartenenza e individuazione, separazione e fusione. La costruzione dell'identità è un processo che implica delle scelte e di conseguenza ci lega ad altri, nel senso che la negoziamo con gli altri. Ha scritto C. Taylor: "scoprire la mia identità non significa che io la elaboro in un completo isolamento, ma che la negozio attraverso il dialogo, in parte aperto, in parte interiorizzato con gli altri" (Taylor, 1999). La negoziazione trasforma la logica dell'identità costituita e trasforma anche il rapporto io-altro che non è più letto come tensione, negazione o rifiuto, ma riconosciuto come essenziale all'identità. In questo modo il concetto d'identità va a collocarsi nel punto d'intersezione di diverse sfere sociali. Questa

appartenenza a più sfere sociali, senza che nessuna contenga ed esaurisca la totalità dell'uomo, rompe i confini dei sistemi e modifica anche la rappresentazione della società: non più sistema coordinato di sottosistemi, ma rete di reti sociali. Di conseguenza anche l'oggetto del nostro lavoro è cambiato: non più l'individuo/paziente/cliente/matto, ma anche il suo contesto, le sue istituzioni, la famiglia, il gruppo di appartenenza.

Gli strumenti operativo, che, in questo nuovo contesto, affiancano gli schemi convenzionali di risposta farmacologica, psicoterapeutica e assistenziale, sono quelli che attivano capacità relazionali, che promuovono la costruzione di un ruolo e di una contrattualità sociale, che mirano all'emancipazione e all'autonomia.

Il concetto di rete è un'eccellente metafora per indicare la pluralità di relazioni tra chi chiede aiuto e chi è impegnato nell'assistenza e nella cura. Se *il luogo* della cura sono le relazioni, le persone, le loro famiglie, i cittadini, allora la comunicazione assume un ruolo fondamentale nella strutturazione dei sistemi: équipe curante, famiglia rete sociale di riferimento, ai fini dell'instaurarsi di un clima collaborante.

5.1.2 La patologia della comunicazione

L'impossibilità a non comunicare è la proprietà della comunicazione più ovvia e forse per questo non è tenuta nella giusta considerazione. Quando il paziente assente al Centro non risponde al cellulare, sta comunicando che non vuole parlare con noi. È evidente che il rifiuto di comunicare è di per sé una comunicazione. È esperienza comune a tutti il desiderio di non comunicare, ma le strategie che si adottano per ottenere questo risultato attengono al campo della patologia della comunicazione.

Le strategie sono:

- *il rifiuto della comunicazione*: ipotizziamo di essere in treno e che un viaggiatore insista a rivolgerci la parola; la nostra reazione brusca o esplicita: "scusi ma non ho voglia di parlare con lei" otterrà come risultato il silenzio, ma non eviterà la relazione e, inoltre, il silenzio determinerà un'atmosfera tesa, forse imbarazzante, in altri termini "carica di significati";
- *l'accettazione della comunicazione*: per educazione possiamo accettare lo scambio di parole, come sostiene Watzlawick, utilizzando la regola militare: "In caso di cattura, dare solo il nome, il cognome ed il numero di matricola" (Watzlawick, Beavin J.H., Jackson D.D.1971). Questa regola naturalmente si traduce in una serie di risposte standard, generiche, sempre uguali, che non ci compromette nella relazione indesiderata con l'altro viaggiatore;
- *la squalifica della comunicazione*: è una strategia molto usata ma inconsapevole. Chi ricorre ad essa può comunicare in modo da invalidare le proprie comunicazioni o quelle dell'altro. "Rientra in questa tecnica una vasta gamma di fenomeni quali: contraddirsi, cambiare argomento o sfiorarlo, dire frasi incoerenti o incomplete, ricorrere a uno stile oscuro o usare manierismi, fraintendere, dare una interpretazione letterale delle metafore e una interpretazione metaforica delle osservazioni letterali" (Watzlawick, Beavin J.H., Jackson D.D.1971. p. 68).

Ci sembra interessante riportare lo stralcio della trascrizione di una seduta, per chiarire questi aspetti teorici.

Tabella 8 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

Lo psichiatra aveva inviato in consulenza alla terapeuta (T) il sig. G, un suo paziente che al primo incontro si presentò accompagnato dalla madre (M):

M: sono molto preoccupata per mio figlio, dottoressa! Lei, però è così giovane; ma forse riuscirà a capirlo!

T: Sig. per quali ragioni sua madre è così preoccupata?

G: mah! ... Veramente ... A mio avviso il problema è un altro! Ci sono cose che non capisce perché, vede, io ho tanti amici ... Posso fumare?

M: vede dottoressa come si comporta? Ma forse lei non la pensa come me! Mio marito poi è veramente un brav'uomo però se ne occupa poco, ma è tutto casa e lavoro.

Da questo breve esempio di interazione comunicativa possiamo osservare che la madre utilizza subito la strategia della squalifica: mentre dice della sua preoccupazione per il figlio, implicitamente dice anche che non crede la terapeuta possa aiutarla, per la sua giovane età. La "giovane età" poi diventerà un elemento positivo "che permetterà di capire il figlio".

Il figlio, a nostro avviso per non rispondere, utilizza risposte standard, frasi incoerenti e non complete, cambia argomento.

La madre interviene nuovamente con un'osservazione sul comportamento che squalifica quanto detto dal figlio e poi cambia nuovamente argomento parlando del marito, dopo aver insinuato che forse la terapeuta non potrà aiutarla ("Ma forse lei non la pensa come me!").

L'ipotesi scaturita dell'analisi di questi fenomeni comunicativi era che la madre e il figlio, nonostante fossero venuti insieme, forse non volevano essere ascoltati congiuntamente. Nel secondo incontro, avvenuto a distanza di una settimana sono stati ascoltati separatamente. La madre allora disse che aveva sentito il figlio raccontare a un amico che non era riuscito a fare l'amore con la ragazza. Lei era molto preoccupata sia per la risonanza emotiva di questo insuccesso sul figlio, sia per il dubbio che lei stessa aveva, di una possibile "impotenza" del figlio. L'altra preoccupazione di cui non aveva voluto parlare in presenza del figlio, riguardava lo stato di salute del padre che, a suo dire, forse aveva bisogno di uno psichiatra.

Il figlio, a sua volta, disse che aveva difficoltà di relazione con la sua ragazza ma che preferiva parlarne con il suo medico. Non ne aveva voluto parlare in presenza della madre perché già troppo "carica dei problemi di papà".

Questo è un esempio di *squalificazione della comunicazione*. Ogni volta, quindi che ci troviamo davanti ad un comportamento comunicativo insensato, bizzarro, ci dobbiamo porre domande sul contesto di comunicazione, perché quel comportamento incomprensibile potrebbe essere l'unica reazione possibile.

Abbiamo già avuto modo di riassumere la teoria della comunicazione nell'affermazione che ogni messaggio contiene in sé, sia un'informazione, sia una definizione della relazione che

accomuna i comunicanti; vediamo quindi quali sono le implicazioni di una tale affermazione con alcuni esempi.

Tabella 9 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

Durante una seduta di terapia familiare viene riferito alla terapeuta di un litigio tra genitori (M e P) e figlie (A e B), che durava ormai da tre giorni. È stato scelto questo stralcio di interazione per mettere in evidenza la confusione tra i due livelli.

M: ogni volta che ci sediamo a tavola per mangiare si litiga.

P: sempre per motivi futili, si potrebbe anche evitare ...

T: mi raccontate cosa è accaduto?

A: prima di sedermi a tavola ho chiesto: "dov'è l'ortopanoramica?" Mamma mi ha risposto "su" ed io sono andata su a cercarla, ma mi sono arrabbiata.

B: si è vero, l'ha detto anche a me, che era arrabbiata per l'insensibilità dei nostri genitori!

M: veramente siamo noi genitori ad essere arrabbiati per la sua arroganza, anzi per la loro aggressività, visto che B. fa sempre da spalla a sua sorella.

B: voi però sempre con questo modo di imporre il vostro punto di vista ...

E così via, questa è l'*escalation* conflittuale che li vede impegnati ormai da tre giorni.

Ma cos'è che ha determinato il conflitto in uno scambio di informazioni così innocenti?

Il messaggio di A a livello di contenuto chiedeva informazioni sull'ortopanoramica, e a livello di relazione si definiva in rapporto alla madre così: "io non sono in grado di andare da sola dal dentista, ho bisogno che tu mi accompagni."

La risposta della madre ha provocato la rabbia perché a livello di relazione il messaggio è stato: "Se ti poni così con me non esisti".

Successivamente A ha chiarito che era da tempo che voleva andare dal dentista, ma non sapeva come dirlo alla madre, e per questo si sentiva arrabbiata e di conseguenza quando la madre le ha dato quella risposta si è infuriata; la madre a sua volta ha riferito che aveva risposto così perché si sentiva in colpa, sapeva che doveva portare la figlia dal dentista, ma che per problemi economici finora non c'era riuscita.

Con questo esempio vogliamo solo che sia chiaro quanto, nel nostro lavoro, sia fondamentale la definizione della relazione, che possiamo così formulare: *ecco come mi vedo*.

La definizione della relazione come abbiamo visto è la definizione di sé stessi in quella relazione e di conseguenza attende una risposta. In altri termini la definizione di Sé attende una tra queste possibili reazioni: *conferma (anch'io ti vedo così)*, *rifiuto (hai torto sei così)*, *disconferma (non esisti)*.

Nell'esempio precedente la risposta della madre era contemporaneamente un'*informazione* a livello di contenuto e una *disconferma* a livello di relazione. La modalità patologica più pregnante è la *disconferma* del sé o dell'altro che nega la possibilità di differenziarsi dall'altro riconoscendo se stesso. Naturalmente questo processo di riconoscimento inizia alla nascita e

ci accompagna per tutta la vita, perché l'immagine di Sé è una costruzione molto lenta che prende forma dalle risposte che riceviamo dagli altri; da qui la conclusione che una modalità di *disconferma* continua crea ingenti danni alla costruzione del Sé.

La *disconferma* quindi è la modalità comunicativa che spesso caratterizza il comportamento "malato", e si basa sull'incapacità di riconoscere la percezione diversa dell'altro. Laing, Phillipson e Lee, (1966) a questa particolare mancata consapevolezza delle percezioni interpersonali, danno il nome di "impenetrabilità" (*imperviousness*): "l'aspetto del fenomeno che ci interessa è quello della consapevolezza e della non consapevolezza. Che ciascuna parte si accorga del punto di vista dell'altra è la condizione che consente un'interazione efficace e non disturbata. Dato che la percezione interpersonale si ha a molti livelli, anche l'impenetrabilità può presentarsi a molti livelli; e a ogni livello di percezione è possibile che corrisponda un analogo livello di non-percezione o impenetrabilità. Ogni volta che viene meno una precisa consapevolezza sono sempre pseudo-problemi quelli su cui riferiscono le parti di una diade (...). È un'armonia presunta, priva di ogni fondamento reale, quella che le parti raggiungono, come sono presunti e senza alcuna base concreta i disaccordi su cui si accendono le loro dispute. A mio parere questa è la situazione che caratterizza la famiglia dello schizofrenico in cui i membri costruiscono di continuo relazioni armoniose sulle sabbie mobili di pseudo-accordi o magari hanno dispute violente per pseudo-disaccordi" (Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., 1971).

Gli scambi comunicativi, come abbiamo già detto, sono arricchiti dal linguaggio del corpo che viene detto comunicazione non verbale o analogica. Quindi nel ricevere un messaggio non solo ascoltiamo e comprendiamo il contenuto ma "interpretiamo" il messaggio del corpo utilizzando come codice di riferimento il nostro corpo e l'esperienza che facciamo attraverso di esso; "l'interpretazione" può essere quindi errata, perché l'esperienza mediata dal nostro corpo ha a che fare con quella dell'altro, ma non si sovrappone a essa e anche perché nella traduzione del messaggio non verbale in messaggio verbale, bisogna introdurre funzioni di verità logiche che mancano nel modulo non verbale. Quanto detto diventa chiaro se è riferito al "non", nel senso che non possiamo comunicare che "non siamo arrabbiati" e così via. Ad esempio: un pugno chiuso mostrato con fare minaccioso, viene inequivocabilmente interpretato come intenzione di aggredire e di conseguenza la risposta non può che essere difensiva. Sembra che l'unico modo per comunicare che il pugno chiuso non esprima l'intenzione di aggredire, sia quello di mostrare e proporre l'azione che si vuole negare e poi non portarla a termine. Questa specifica ritualizzazione si osserva più facilmente nel mondo animale: il gatto, per esempio, in genere quello più giovane o quello fuori del suo territorio, si stende a terra mostrando l'addome e l'altro prende tra le mascelle la sua gola senza reazioni difensive. Sembra che entrambi gli animali comprendano il messaggio "non ti attaccherò" e questa comprensione si estende anche fra specie diverse (cani e gatti).

Gli scambi comunicativi sono simmetrici e complementari nella norma delle relazioni umane, ma naturalmente anche in questo caso siamo interessati a prendere in considerazione le forme patologiche di tali condotte comunicative.

La forma patologica della comunicazione simmetrica è l'*escalation simmetrica* una forma di guerra piuttosto aperta basata sull'aspirazione di ciascun contendente ad essere un "po'

più uguale" degli altri. In questo tipo di comunicazione patologica ciascun partecipante allo scambio rifiuta il Sé dell'altro.

La complementarità rigida è la forma patologica della comunicazione complementare; in questo caso i conflitti tendono alla disconferma del Sé dell'altro.⁷

È necessario fare una precisazione a proposito di questi aspetti patologici della comunicazione umana: abbiamo parlato di comunicazione complementare e simmetrica, ma è *la risposta* che classifica il messaggio. Questa considerazione nella pratica clinica sposta l'attenzione dalla natura delle asserzioni, considerate come entità individuali, al rapporto tra due o più "risposte".

Un'altra forma di patologia della comunicazione sono i paradossi pragmatici, situazioni assolutamente insostenibili per le persone che le vivono.

Uno dei paradossi più comuni è: "sii spontaneo", ma anche "non essere ansioso", o "sii allegro" sono richieste a cui non si può ubbidire dal momento che sono stati d'animo, sensazioni che non si possono programmare. Il paradosso dell'autonomia crea una situazione in cui non si può agire normalmente. Chi riceve esortazioni quali: esci, divertiti, svagati, non riceverà rifiuti o conferme qualunque risposta formulerà. Ubbidire a questo tipo di ingiunzione significa non scegliere autonomamente; disobbedire però significa rinunciare all'autonomia. In questa condizione l'unica scelta di autonomia è la rinuncia all'autonomia.

Bateson, Jackson, Haley e Weakland hanno studiato gli effetti del paradosso sull'interazione umana e per spiegare il fenomeno della comunicazione schizofrenica si sono chiesti quali sequenze di esperienze interpersonali provocherebbero il comportamento (piuttosto che essere causate da esso) che giustificerebbero la diagnosi di schizofrenia. In altri termini ipotizzano che lo schizofrenico vive immerso in un contesto relazionale nel quale (e solo in quello) il suo stile comunicativo è appropriato. Le caratteristiche essenziali di queste interazioni sono state identificate col termine di *doppio legame*.

È possibile descrivere gli elementi del doppio legame come segue:

"Due o più persone sono coinvolte in una relazione intensa che ha valore di sopravvivenza fisica e/o psicologica per una di esse, per alcune, o per tutte. Le situazioni in cui si hanno queste relazioni intense includono la vita familiare (soprattutto l'interazione genitore-figlio), l'invalidità, la dipendenza materiale, la prigionia, l'amicizia, l'amore, la fedeltà a una credenza religiosa, a una causa o a una ideologia, i contesti influenzati da norme sociali o dalla tradizione, e la situazione psicoterapeutica;

in un simile contesto viene dato un messaggio che è strutturato in modo tale che (a) asserisce qualcosa, (b) asserisce qualcosa sulla propria asserzione e (c) queste due asserzioni si escludono a vicenda. Quindi se il messaggio è un'ingiunzione, l'ingiunzione deve essere disobbedita per essere obbedita; se è una definizione del Sé o dell'altro, la persona di cui è data la definizione è quel tipo di persona soltanto se non lo è, e non lo è se lo è.

⁷ Lo studio più notevole della patologia delle relazioni complementari è il famoso saggio "la folie à deux, ou la folie communiquée" di Lasègue Ch., Falret J., 1877.

Infine, si impedisce al ricevitore del messaggio di uscire fuori dallo schema stabilito da questo messaggio, o metacomunicando su esso (commentandolo) o chiudendosi in se stesso. Dunque anche se il messaggio è da un punto di vista logico privo di significato, è una realtà pragmatica; egli non può non reagire ad esso, ma non può neppure reagire ad esso in modo adeguato (non paradossale), perché il messaggio stesso è paradossale. Questa situazione spesso si ha quando viene proibito in modo più o meno evidente di mostrare una qualsiasi consapevolezza della contraddizione o del vero problema in questione. Una persona in una situazione di doppio legame è quindi probabile che si trovi punita (o almeno che le si faccia provare un senso di colpa) per aver avuto percezioni corrette, e che venga definita "cattiva" o "folle" per aver magari insinuato che esiste una discrepanza tra ciò che vede e ciò che "dovrebbe" vedere." (Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D, 1971, pag. 209).

Tabella 10 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

Una tirocinante psicologa che frequentava il Centro Diurno da alcuni mesi, si era trasferita dalla città in cui viveva in un appartamento preso in fitto dalla famiglia. Una sera si sentì molto male, aveva dei dolori addominali che la facevano piegare in due. Un vicino chiamò il 118 che trasportò la giovane al pronto soccorso. Al pronto soccorso il medico raccolse le prime notizie anamnestiche; ma poiché la paziente più che parlare, urlava per il dolore, chiese una consulenza psichiatrica con l'ipotesi di "crisi isterica". Lo psichiatra dopo le prime domande a cui la giovane rispondeva sempre più agitata, sia per il dolore sia per la situazione paradossale che si stava creando, pensò di trasferire la paziente nel reparto psichiatrico e così sistemata la giovane su una sedia a rotelle la fece portare al piano superiore. Durante il percorso la giovane continuava a chiedere dove la stavano portando con un tono di voce sempre più agitato, finché giunti davanti alla porta su cui c'era scritto: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, la giovane cominciò a urlare "non sono pazza". Naturalmente questa sua reazione convinse lo psichiatra che era necessario il ricovero.

La giovane era sempre più agitata, sia perché lo psichiatra la stava visitando nonostante lei avesse urlato che non ne aveva bisogno, sia perché era la sola a cogliere l'incoerenza dell'intervento clinico con i sintomi che accusava.

Una fiala di calmante precluse ogni possibilità che le sue argomentazioni fossero ascoltate. Fu dimessa il giorno successivo con diagnosi di pancreatite.

In questo esempio si possono osservare diverse disfunzioni comunicative: la mancanza d'informazioni accurate ha determinato *un'interpretazione arbitraria* da parte del medico del pronto soccorso.

La *relazione* fra la giovane e l'istituzione ospedale è *rigidamente complementare*: la diagnosi può essere fatta solamente dal medico senza alcuna possibilità per la giovane di mostrare qualsiasi consapevolezza del vero problema in questione. Nel momento in cui si trova davanti allo psichiatra urlante per il dolore e perché consapevole di non aver bisogno di questo specialista, si ritrova in una *situazione paradossale* perché "se vuole dimostrare di non essere pazza, deve accettare di farsi curare dallo psichiatra che cura i pazzi".

Siamo in presenza anche di un *doppio legame* perché:

- le persone sono coinvolte in una relazione intensa e per la giovane tale relazione ha anche un alto valore di sopravvivenza;
- alla giovane, con l'ingiunzione di una consulenza psichiatrica, viene chiesto di dimostrare di

- non essere pazza accettando le cure del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;
- infine si impedisce alla giovane di uscire dallo schema stabilito attraverso la metacomunicazione.

Naturalmente una situazione di doppio legame come quella descritta è transitoria e non ha quindi conseguenza sulla salute psichica dell'individuo coinvolto.

La schizofrenia considerata come una malattia incurabile e progressiva della mente di un individuo e la schizofrenia considerata come l'unica reazione possibile a un contesto di comunicazione assurdo e insostenibile (una reazione che segue, e perciò perpetua, le regole di tale contesto) sono due cose del tutto diverse, che differiscono profondamente per l'incompatibilità delle due strutture concettuali, anche se il quadro clinico a cui si riferiscono è uguale (Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., 1971).

5.1.3 Le buone pratiche comunicative

Ogni volta che si avvia un progetto riabilitativo si costruisce un gruppo di lavoro attraverso il processo comunicativo.

Il gruppo di lavoro è una pluralità di individui (e di gruppi) che tende all'integrazione dei saperi per raggiungere il risultato atteso.

Dire che la comunicazione "fa il gruppo" equivale a dire che il gruppo assume come base uno spazio comunicazionale dentro il quale ogni singolo individuo è impegnato in un processo di negoziazione delle propria identità professionale e di ascolto.

La fase iniziale è caratterizzata da una babilonia di linguaggi diversi e le comunicazioni che si scambiano sono determinate dalla necessità di conoscersi.

In questi gruppi la comunicazione è un processo interattivo, informativo e trasformativo.

L'aspetto interattivo è nello scambio di parole che riguardano contemporaneamente dati e opinioni, sensazioni e fatti. Questo dialogo ha una direzione: il risultato atteso. Grice (1993) definisce la *conversazione* un'attività razionale governata dal principio della cooperazione. In base a questo principio i partecipanti sentono l'obbligo di dare un contributo affinché la *conversazione* in cui sono immersi funzioni bene. La comunicazione come scambio di contenuti operativi ha una componente simbolica forte. In questo caso l'interazione coinvolge i ruoli dei membri e le posizioni funzionali reciproche e di conseguenza, le *parole scambiate* sono insieme dati e opinioni, fatti e sensazioni. L'aspetto di relazione degli scambi comunicativi definisce la struttura relazionale del gruppo.

Ogni comunicazione produce sul piano del contenuto *accordo o disaccordo* tra i membri del gruppo, sul piano della relazione si manifesterà come comprensione o incomprensione.

L'aspetto informativo del processo di comunicazione è determinato da tutti i dati a disposizione del gruppo, da quelli che mancano e dalle ipotesi di ricerca. Lo scambio si ispira al principio del massimo utilizzo dei dati, per il raggiungimento del risultato.

Il carattere trasformativo del processo di comunicazione in un gruppo di lavoro, è legato allo scambio dei saperi, al processo di elaborazione della conoscenza e al "linguaggio" che il gruppo acquisisce nel tempo.

Alcune delle caratteristiche di una comunicazione efficace sono:

- *pragmatica*, attinente cioè ai fatti, orientata alla ricerca e all'utilizzo dei dati e di tutte le interpretazioni che vengono fornite;
- *finalizzata*, come abbiamo già sottolineato, nel gruppo di lavoro, il processo di comunicazione è attività concreta che riguarda le decisioni da prendere, il flusso dei dati, gli obiettivi intermedi al raggiungimento del risultato; per questo la comunicazione deve essere sempre coerente con l'obiettivo e con il compito;
- *trasparente*, nitida, chiara senza omissioni e/o interpretazioni, né manipolazioni. I membri del gruppo devono mettere in comune tutte le informazioni di cui dispongono. La trasparenza della comunicazione non attiene solo alla messa in comune dei dati in possesso dei singoli, ma riguarda anche la rete istituzionale di riferimento del Centro Diurno.

Se queste tre caratteristiche sono soddisfatte, allora la comunicazione riesce a strutturare il gruppo e attraverso l'alternanza della certezza e del dubbio a raggiungere le mete prefissate. Abbiamo già sottolineato che il gruppo di lavoro è una pluralità in integrazione e il processo di comunicazione, quando rispetta le caratteristiche elencate, costruisce la relazione di fiducia e il clima collaborativo, perché si raggiunge la consapevolezza che non si tratta di competizione fra le persone, fra le idee o fra i saperi, ma piuttosto fra le ipotesi di soluzione.

Le componenti del processo di comunicazione sono: confronto, scambio, esposizione, ascolto, retroazione.

Il confronto a livello di contenuto riguarda i dati, i fatti, piuttosto che le opinioni. A livello di relazione, il confronto è il riconoscimento dell'altro, del suo valore, della sua credibilità.

Il riconoscimento dell'altro come risorsa favorisce *lo scambio* dei saperi, delle conoscenze e dell'elaborazione di una conoscenza, risultato del processo di apprendimento, sia a livello di contenuto che di relazione.

L'esposizione (attività di chi parla) a livello di contenuto deve essere esauriente, chiara e a livello di relazione deve provocare interesse, curiosità e coinvolgimento. In questo caso lo stile comunicativo e la consapevolezza di sé del relatore sono fondamentali.

L'ascolto è il trattenersi di proposito a udire attentamente; dalla definizione emerge chiaramente che l'ascolto non è una componente passiva della comunicazione. Chi assume la posizione di ascolto:

- non interpreta quello che ascolta;
- ferma le repliche e le interruzioni;
- formula domande per permettere a chi parla di chiarire quanto esposto;
- verifica la comprensione di quanto ha ascoltato;
- fa attenzione al linguaggio del corpo.

A livello di contenuto, un buon ascolto permette di ripetere quello che è stato detto da chi espone e, a livello di relazione, permette di entrare in sintonia con l'altro.

La retroazione è l'effetto del messaggio su chi l'ha inviato. Saper rispondere a una domanda di chi ha esposto il contenuto è una retroazione positiva sia a livello di contenuto che di relazione.

Naturalmente durante l'ascolto si possono proporre parafrasi di quanto esposto per verificare la comprensione, l'ascolto stesso, nonché la chiarezza dell'esposizione. Espressioni quali: "provo a ripetere quello che hai detto, per verificare se ho capito", oppure "prova a ripetere quello che hai capito" sono esempi di questo tipo di approfondimento che contribuiscono all'efficacia della relazione.

Un altro elemento determinante al fine di una interazione significativa sono le domande che vengono formulate per la raccolta delle informazioni e più in generale per gli approfondimenti. A tal fine è indispensabile utilizzare le *domande aperte* perché facilitano il discorso e per definizione esigono una risposta articolata.

L'interazione di seguito riportata permette di individuare le componenti del processo di comunicazione così come sono state illustrate.

Tabella 11 – Racconto esemplificativo delle competenze agite

A. è una paziente inviata al Centro Diurno da circa tre mesi. Dalla cartella clinica e dal racconto dello psichiatra che l'ha inviata emerge una certa difficoltà di A. a formulare una chiara richiesta d'aiuto. Un lunedì mattina arriva al Centro e parla con un operatore (O) :

A: stamane ho un terribile mal di testa e mi sento giù di morale ...

O: dimmi qualcosa di più di questo mal di testa ...

A: guarda non saprei, mi sono svegliata già con il mal di testa e ho fatto fatica a lasciare il letto e a venire qui al Centro.

O: cosa intendi con "sentirsi giù di morale"?

A: non aver voglia di lasciare il letto, insomma fare fatica a fare le cose di tutti i giorni, e per questo dover litigare con mia madre ... (mentre racconta cambia in continuazione la posizione delle gambe)

O: mi sembri un po' inquieta ...

A: ogni più piccolo malore mi agita!

O: raccontami dell'ultima volta in cui ti sei sentita giù di morale.

A: mmhh!!! - ci pensa per un po' spostando sempre le gambe e anche gli oggetti che sono sul tavolo e poi - sei mesi fa quando è morto mio padre, da allora sono molto triste e per questo mi agito se mi sento male ...

O: mi rendo conto che questo deve essere un periodo molto triste per te ... Cosa pensi, con un paio di giorni di riposo dalle attività del Centro ti passerà il mal di testa?

A: non ho bisogno di farmaci?

O: no

A: Sì, penso mi farà bene, farò qualche passeggiata in montagna. Grazie, allora ci rivediamo mercoledì.

Nell'episodio l'operatore ha assunto *la posizione di ascolto*, non ha interpretato, non ha interrotto la comunicazione e ha formulato domande aperte quali: dimmi qualcosa..., cosa

intendi con ...; ha richiesto esempi: raccontami dell'ultima volta ...; ha fatto un commento empatico: mi rendo conto che ...; ha ridefinito il sintomo organico con un bisogno di riposo; ha colto i segnali non verbali del disagio emotivo (cambiava continuamente ...) e ha tradotto tale comunicazione non verbale con "mi sembri un po' inquieta". Indagando le opinioni della paziente sulla propria salute (cosa pensi, due giorni ...), dà valore al suo sapere e promuove un confronto esplicito su un piano diverso. Inoltre, la definizione di sé che passa in questo scambio, a nostro avviso, è stata determinante per il cambiamento d'interazione fra A. e il Centro. Nei messaggi A. ha dato queste definizioni di Sé: mi vedo come una che ha bisogno di cure perché sto male; sono orfana da sei mesi e per questo mi sento fragile e bisognosa di cure. L'operatore ha risposto accettando entrambe le definizioni: vedo che stai male e colgo anche i segnali del tuo corpo; mi rendo conto che questo è un periodo molto triste. Dal mercoledì successivo A. non si è più assentata.

In conclusione, nel rapporto con i pazienti è più facile essere catturati da quello *che ci disturba e che provoca una nostra reazione immediata* piuttosto che cogliere la paura del vuoto, la paura di entrare in rapporto. Diventare *degni di fiducia* significa riuscire a costruire una relazione significativa che ci permette di accogliere il bisogno di affetto e di intimità del paziente. La costruzione della relazione è un atto comunicativo che si fonda sulla consapevolezza di sé, del ruolo e della funzione, ma è anche un percorso di apprendimento reciproco che consente di muoversi con la sola "rapidità" che il paziente può sopportare.

Solo così gli operatori possono "trasformarsi" in interlocutori che per ottenere risposte non propongono "domande", ma la loro "presenza" e l'intenzione di portare avanti il lavoro, qualunque sia la risposta e soprattutto senza mai negare dignità e diritti.

5.1.4 La Comunicazione fra i Servizi

William Blake scriveva: "Non interrogo il mio occhio (...) più di quanto non interroghi una finestra intorno alla veduta sulla quale si affaccia. [Gli operatori] invece devono interrogarsi sulla natura e sulle caratteristiche della finestra che di volta in volta aprono sul mondo della sofferenza psichica. Così come devono interrogarsi sulla natura dello sguardo che usano. (...) Gli operatori che lavorano esclusivamente in SPDC, anche quando incontrano gli stessi pazienti, li vedono sempre nel momento dello scompensamento, della ricaduta, della crisi acuta e quindi nel momento più basso del loro percorso. Nell'impossibilità di avere accesso a quegli stati di compenso, che sono invece accessibili agli operatori che lavorano negli ambulatori [o nei Centri Diurni ndr] gli operatori degli SPDC avranno l'illusione di vedere i pazienti in continuità di malattia: come persone che passano da una crisi all'altra e che restano sempre uguali a se stesse. Sostanzialmente cronici. (...) Da un altro punto di vista gli stessi pazienti possono essere colti in tutta la gamma dei percorsi creati dall'intersecarsi di fasi di compenso con fasi di scompensamento, dall'intersezione fra vicende di vita e vicende psicopatologiche. Punti diversi di osservazione [costruiscono], nella mente degli operatori, immagini diverse della malattia mentale. E immagini diverse della patologia mentale sostengono progetti di cura anche profondamente diversi" (Rossi, Monti, 2008, pag. 118).

Queste diverse "immagini" evocano una differenza di saperi indispensabile alla realizzazione di progetti d'intervento efficaci. Ma perché questa differenza di saperi diventi una risorsa è

necessario addestrare gli operatori al confronto secondo le procedure illustrate.

Anche in questo caso un esempio di agito conflittuale fra servizi può essere esplicativo di quanto affermato.

Tabella 12 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

Una delle assistenti sociali del Centro di Salute Mentale telefona al Centro Diurno su richiesta dello psichiatra perché vogliono inviare un paziente.

C.S.M.: pronto sono F. telefono per chiedere un'informazione. Il Dottore vuole fare un invio al Centro Diurno e mi ha detto di chiedervi quali attività fate!

C.D.: (già infuriato) quali attività facciamo?

C.S.M.: sì certo per poter inviare il paziente

C.D.: niente non facciamo nessuna attività!! (sempre più alterato)

C.S.M.: (sempre più meravigliata) come ? non capisco!

C.D.: no sono io che non capisco, che invio sarebbe questo? Io fornisco l'elenco della spesa e voi decidete se comprare o meno?

Lo scambio telefonico è terminato con la richiesta del Centro Diurno di un incontro per ridefinire il progetto.

È evidente che quello che fa infuriare l'operatore del Centro Diurno fin dalle prime battute dello scambio telefonico sono:

- *la definizione dell'intervento riabilitativo*: un elenco delle attività;
- *la definizione dell'operatore del Centro Diurno*: ti vedo come quello che esegue un compito.

La rapida decisione di interrompere quel tipo di scambio e di ridefinire la richiesta come un invito a incontrarsi è l'unica possibilità per evitare l'*escalation simmetrica*.

La "riunione" naturalmente non rappresenta la soluzione del problema della comunicazione disconfermante, ma è il contesto in cui metacomunicare sugli stili di comunicazione e sulle strategie comportamentali da adottare per ottenere la collaborazione, non solo del paziente ma anche dei colleghi. La comunicazione inoltre non avviene mai a caso, ma per una serie di modelli di comportamento che sono ripetitivi perché strutturati dall'esperienza precedente, imposti dalle circostanze. Ogni gruppo ha la sua storia e il suo sistema di regole cui tutti i partecipanti tendono ad adeguarsi. In altre parole il sistema sociale di appartenenza con le sue regole limita la gamma dei comportamenti possibili. Di qui la necessità del confronto per far sì che il campo sociale sia trasformato in un processo dinamico che modifica i suoi confini per cercare sempre nuovi equilibri nella direzione di un'integrazione operativa, di un "fare" che aumenta le scelte.

5.1.5 Comunicazione: la declinazione della competenza

Sapere	<p>Non esiste una sola realtà ma tante realtà a seconda degli strumenti usati per osservare e dei punti di osservazione.</p> <p>Il "sapere" è un sistema di conoscenze che ci permette di organizzare e dare significato alla realtà osservata e per costruire una teoria soggettiva e non definitiva. Le categorizzazioni, gli schemi, i linguaggi sono i sistemi rappresentazionali attraverso i quali costruiamo le diverse spiegazioni del mondo e la "comunicazione", che deriva dal latino <i>communico</i>, mettere in comune, è l'azione che ci permette di "far conoscere" e "condividere" la nostra personale visione del mondo.</p>
Saper fare	<p>Per una comunicazione efficace bisogna:</p> <p><i>Ascoltare</i>;</p> <p><i>Formulare</i> domande aperte per permettere a chi parla di chiarire quanto esposto;</p> <p><i>Verificare</i> la comprensione di quanto si ascolta;</p> <p><i>Fare</i> attenzione al linguaggio del corpo.</p> <p>Fare cose con le parole nel senso di adottare atti verbali esecutivi, che raggiungono un risultato concreto. In altri termini l'emissione di una parola è essa stessa l'effettuazione di un'azione. Per esempio: "io regalo l'orologio a mio fratello" è un'azione; "sta arrivando l'inverno" non fa arrivare davvero l'inverno.</p> <p>Agire in modo da aumentare il numero delle scelte</p>
Saper essere	<p>Pragmatici, attenersi cioè ai fatti. Orientarsi alla ricerca e all'utilizzo dei dati e di tutte le interpretazioni che vengono fornite;</p> <p>Coerenti con l'obiettivo e il compito;</p> <p>Ricercatore piuttosto che credente perché il criterio fondamentale di verifica e validazione di un intervento non è la teoria di riferimento, né la profondità delle analisi che lo hanno determinato, ma piuttosto l'efficacia nella risoluzione dei problemi a cui si applica: <i>Se vuoi vedere, impara ad agire.</i></p>

5.2 Lavorare in squadra

5.2.1 L'evoluzione storica del concetto

Come accennato in premessa, nel corso degli ultimi decenni, il riferimento a forme di approccio "collettivo" (quali l'équipe multidisciplinare, il gruppo come terapeuta) ha costituito uno dei principali assiomi nel trattamento del disturbo psichico.

Eppure, passata l'*auge* del movimento anti-istituzionale, sembra di trovarsi di fronte a uno di quei concetti dati per acquisiti e scontati ma, in realtà, poco analizzati e verificati.

A dire il vero esiste una copiosa letteratura su argomenti che possono essere considerati in un certo senso collegati quali il tema della *leadership*, del *management* e delle risorse umane, delle dinamiche dei piccoli e grandi gruppi, ecc. Questi aspetti sono molto dibattuti in ambito sociologico, ma anche passati al setaccio da ciascuno dei principali approcci teorici della psicologia clinica (psicodinamica, cognitivo/comportamentale, sistemico/relazionale), ma tutto ciò non sembra aiutarci molto rispetto alla pratica quotidiana con la grave sofferenza mentale e con quello che paradigmaticamente questa produce nel lavoro di gruppo e, men che meno,

per comprendere e per valorizzare le competenze di ciascuna professionalità e il loro modo di stare insieme.

L'evoluzione del concetto, per comodità espositiva, può essere suddivisa in alcuni passaggi fondamentali che hanno origine da impostazioni e modelli che, pur avendo una loro sequenzialità temporale, si ritrovano tutt'oggi pienamente rappresentati nelle pratiche di lavoro in salute mentale.

Ogni modello può assumere peso particolare in determinate situazioni politiche e geografiche, ma sicuramente nessuno di questi si può dare come definitivamente superato, incluso quello che rimanda più esplicitamente alla realtà istituzionale/manicomiale.

L'evoluzione può essere schematizzata in quattro fasi:

a) L'era dell'ospedale psichiatrico - Il modello asilare era basato sostanzialmente sulla visione del paziente come portatore di un danno irreversibile, che conduceva a comportamenti pericolosi e incomprensibili.

Le funzioni dell'insieme degli operatori (e delle loro azioni concrete) si assestavano, quindi, sul mandato sociale della "custodia" e dell'allontanamento e sulla cura tesa sostanzialmente a "sedare" per poter meglio contenere e custodire. Da ciò discendeva una organizzazione del lavoro fortemente gerarchica con un mansionario rigido definito su obiettivi di custodia:

- il medico, ad esempio, stabiliva quanti elettro shock;
- l'infermiere (scelto più sulla base delle sue caratteristiche fisiche che delle sue competenze) controllava l'esito della "sedazione" e reprimeva comportamenti "fuori norma".

b) I Centri di Igiene mentale e l'équipe di settore - Si comincia a conoscere il paziente come un soggetto sociale con bisogni riguardanti le sue necessità di cura, ma anche con attenzione alla sua vita quotidiana, perseguendo obiettivi di reinserimento nella comunità e nei territori di appartenenza. Hanno inizio alcune esperienze esemplari legate al movimento di superamento del manicomio. Il lavoro degli operatori si imposta con una reale presenza sul territorio, intendendo con esso ogni articolazione dei luoghi di produzione del benessere e del malessere (fabbrica, scuola, quartiere, ecc.).

È frequente un'azione che tende alla contestazione delle discipline e delle tecniche, il superamento dei ruoli e delle gerarchie a vantaggio di una sorta di "operatore unico". In ogni caso l'équipe è caratterizzata da figure diverse, anche non immediatamente inerenti l'ambito psichiatrico e sanitario e nell'organizzazione si cominciano ad intravedere i primi nuclei di quella che diverrà l'operatività di più ampio respiro che si sostanzia successivamente.

c) I servizi specialistici (SPDC e Ambulatori) - Nell'epoca del dopo riforma si strutturano frequentemente due circuiti assistenziali a volte anche con dinamiche cristallizzate e separate: quello dei reparti ospedalieri, deputato in particolare all'acuzie e quello degli ambulatori (i centri territoriali sviliti e impoveriti rispetto alla funzione per la quale erano stati pensati dal movimento riformatore) deputato al trattamento farmacologico e dei colloqui. In entrambi i casi il "gesto medico/clinico" ha sostanzialmente il peso più rilevante e da esso discende una

organizzazione fortemente gerarchica e una visione oggettivante del paziente attraverso, ad esempio, la prevalente necessità di un inquadramento diagnostico.

d) L'esperienza abilitativa (Centri Diurni, Comunità, Impresa Sociale) - È la diffusione di strutture intermedie (luoghi nei quali diviene centrale la condivisione del tempo, del quotidiano e del fare insieme) che pone in maniera nuova la questione dell'équipe e dei gruppi di lavoro.

L'imporsi delle attività riabilitative comincia a produrre sostanziali risultati sull'organizzazione dei Servizi di salute mentale che si strutturano non "come un prolungamento del *setting* duale bensì uno strumento operativo diverso che comporta uno sviluppo amplissimo della relazione terapeutica fra servizio e utente e una serie di momenti operativi fondati sulla scoperta e sull'invenzione" (Piro, 1983).

Se in ambito ambulatoriale si assiste a un ampliamento dei servizi e a una impostazione di lavoro di équipe ancora non omogenea, in ambito riabilitativo si assiste alla nascita di esperienze innovative dove "... si scopre un altro paziente, diverso da quello descritto dalla cartella clinica, ma anche diverso dal colloquio a due, si scopre il corpo del paziente come oggetto che si soggettiva che esprime bisogni. (...) E' lo sguardo sul corpo del paziente che differisce tra medicina e riabilitazione (...) ciò che sembra caratterizzare lo sguardo della riabilitazione è la sostituzione di una interpretazione-intervento distante e parziale, dei segni emessi dal corpo oggetto del paziente. (...) L'ogni giorno del movimento, degli apprendimenti, dei percorsi (metaforici e concreti) del vivere costituiscono la cornice all'interno della quale si realizza la riabilitazione. Dunque c'è un *setting*. Nella misura in cui i bordi dell'esperienza si dilatano, essi divengono anche più inconsistenti e le variabili aumentano drammaticamente: la famiglia, il gruppo sociale, la casa, il lavoro (...). Province diverse e concrete costituiscono la scena dove lavora la riabilitazione" (Saraceno, 1992).

L'ambito organizzativo è quello di un gruppo di lavoro in cui i compiti non sono più definiti unicamente dal proprio ruolo, ma da una serie di fattori ben più complessi.

Si pone attenzione non solo all'ora del colloquio, ma alle 24 ore della giornata.

E' qui che, a nostro avviso, possono essere rintracciati i presupposti per un radicale superamento dei paradigmi tradizionali delle discipline e delle professionalità. Come sostiene Castelfranchi (1995), partendo dall'analisi delle rotture epistemologiche che le strategie di impresa sociale hanno introdotto "...Ritengo questa "appropriazione" (da parte della medicina) sia, da un punto di vista obiettivo, arbitraria, oltre che distorto sul piano conoscitivo, e dannosa sul piano operativo. Un intervento medico (spesso generico, ma anche specifico: psicofarmaci) ci deve essere, ma non con un ruolo "concettuale" o pratico dominante:... deve avvenire nell'ambito di un servizio con una visione complessiva (trans-medica), con operatori di tipo diverso, in modo integrato e discusso".

5.2.2 I vari modi di intendere l'équipe e il gruppo di lavoro

Come detto precedentemente, il passaggio imposto dalla riforma psichiatrica determina un mutamento dello stile di lavoro degli operatori, anche se, come si vedrà in seguito, numerosi sono i modelli in cui continua a imperversare la psichiatria tradizionale.

Lo stile di lavoro, infatti, assume diverse articolazioni ed esprime diverse "potenzialità" di uscita dalla sofferenza mentale a seconda, ovviamente, di quale visione abbiamo del paziente, di quali sono gli interventi che si mettono in atto, di cosa si "attende" come esito.

Lungo questi assi di osservazione, tre possono essere i modi di intendere l' équipe:

a) L'équipe sommatoria di professionalità - E' un' équipe formata di solito da tutte le figure professionali "canoniche": psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale.

Ognuna di esse opera separatamente ritagliandosi in modo rigido compiti ritenuti di tipo "istituzionale".

Spesso terapia e assistenza vengono intese in maniera distinta, "quest'ultima è considerata in un certo senso di seconda categoria rispetto al gesto terapeutico. Le due vengono anche tenute separate fisicamente e professionalmente: la terapia ha luogo nello studio, l'assistenza altrove; gli operatori laureati si occupano della terapia, quelli non laureati dell'assistenza" (Mosher e Burti, 1994). Il medico prescriverà farmaci; lo psicologo effettuerà colloqui; l'infermiere somministrerà farmaci a domicilio o in ambulatorio; l'assistente sociale provvederà a cercare sussidi, casa, lavoro, se "necessario".

In genere l'équipe non adotta riunioni di confronto per la difficoltà di condividere linguaggi e ambiti diversi. La gruppaltà è vista come "lavoro in serie" e/o come sequenza: prima dosi massicce di farmaci, poi psicoterapia, poi "eventualmente" assistenza sociale.

Il paziente risulta essere una "sommatoria" di necessità mai riconducibili a unità.

È un'équipe caratterizzata dalla "cultura dell'orticello all'interno dell'istituzione/servizio, la cui struttura non viene messa in discussione. Tipicamente, il terapeuta si chiude in una stanza con un paziente (...) barricando la porta contro le interferenze dell'istituzione e della società esterna" (Mosher e Burti, 1994).

b) L'équipe tecnicistico riduzionista - È caratterizzata da una quantità di volta in volta variabile di figure professionali (non necessariamente solo o tutte quelle previste dagli organici tradizionali), ma in ogni caso i membri che la compongono condividono un unico modello di intervento ed un'unica visione teorica ed "antropologica", qualsiasi essa sia (sistemica, psicoanalitica, comportamentista/cognitivista, ecc.), condividono *training* formativi omogenei e vivono il proprio ruolo in modo rigido e standardizzato, riproducendo in ambito pubblico impostazioni di stile "privato".

Sono équipe improntate a:

- forte selezione dell'utenza attraverso griglie diagnostiche settoriali e parcellizzate che mirano ad individuare il sintomo (*target*) - problema;
- definire il proprio intervento *di competenza*, negando al proprio "occhio" e a quello del paziente tutto ciò che *non è di competenza*;
- organizzare servizi ultraspecialistici (es. Unità operative complesse, Dipartimenti ecc.) per fasce di presunto disturbo omogeneo (U.O. dei disturbi e del comportamento alimentare, U.O. per gli attacchi di panico, U.O. per le disfunzioni del comportamento sessuale, ecc.);
- massimizzare il numero delle prestazioni a cui corrispondono incentivi economici.

c) L'équipe squadra di lavoro - Nelle équipe come squadra di lavoro l'asse dell'intervento si sposta dal paziente chiuso nelle mille definizioni diagnostiche, all'intervento che pone la fondante attenzione al disvelamento del disagio nelle sue dinamiche culturali, socio-ambientali, personali, laddove per intervento si intende "... un processo di deistituzionalizzazione (che) comporta la reciprocità delle relazioni e perciò l'emergere di soggettività che pongono domande ed evidenziano bisogni imprevedibili e tendenzialmente non comprimibili" (Marzi e Serra, 2002).

Riconoscere la necessità "terapeutica" di far emergere nel paziente soggettività e protagonismo determina un "mutamento dello stile di lavoro degli operatori, improntato alla flessibilità contro la rigidità tecnicistica, al supporto contro l'applicazione superficiale e selettiva di modelli di cura preformati, alla capacità di lavorare in collettivo contro la separazione degli interventi (...) per un intervento aperto e dialogico (...) per una ricerca partecipata ai bisogni contro un superficiale e pericoloso silenziamento dei segnali di sofferenza" (Pirella, 1999).

L'intervento si sostanzia attraverso una "presa in carico condivisa" con il paziente, con la sua famiglia, con il suo contesto di vita per gestire la contraddizione tra cura e rischio di riduzione delle possibilità esistenziali della persona.

L'équipe è attenta a valutare la sua capacità di gestire processi e progetti di emancipazione e in questo senso ci appare particolarmente significativo il concetto di "gruppo come terapeuta" elaborato da Vieri Marzi. Si costruisce il "gruppo come terapeuta che ha aspetti dinamici (processi di rifrazione dell'identità del singolo nel gruppo e processi di singolarizzazione del gruppo nell'identità del singolo), aspetti epistemologici (i diversi punti di vista sono la complessità di mondi e modelli), aspetti politico-istituzionali (la costruzione di un'agenzia di salute mentale). Il gruppo come terapeuta si fonda sul riconoscimento di una permanente crisi della professionalità, nel senso che la competenza della relazione con l'altro può essere implementata, ma non si risolve in essa. Il gruppo è il rimando alla totalità delle relazioni reali di cui ogni relazione fa parte ed è la metafora delle infinite relazioni possibili, cioè della totalità non divisibile dell'uomo" (Marzi e Serra, 2002).

Il gruppo, muovendosi come soggetto terapeutico, nella relazione è in grado di moltiplicare le proprie risorse individuali e le soluzioni possibili.

In questa accezione si ha, in un certo senso, il superamento di una visione maggiormente ancorata agli aspetti burocratico amministrativi (l'intervento contemporaneo di diverse professionalità) e si propone l'utilizzo del termine *di équipe* come SQUADRA DI LAVORO che concretamente agisce in un determinato contesto, luogo, situazione (coloro che – attivamente- ci sono).

Tabella 13 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

G. è una ragazza che ha numerosi problemi tra i quali delle crisi di tipo epilettiforme (assenze), che solitamente "si risolvono" nel giro di pochissimo tempo e che tuttavia non si presentano più da parecchi mesi. E' una delle utenti in carico da più tempo al CD e per la quale si dimostra abbastanza difficile proporre esperienze adeguate di inserimento lavorativo; viene pertanto concordato di farle sperimentare una sorta di tirocinio nel settore "Pulizie" della cooperativa.

L'attività si svolge presso una struttura della ASL in cui sono presenti numerosi uffici e servizi aperti al pubblico: la squadra delle pulizie deve intervenire in orari in cui la struttura è in funzione e mano a mano che si liberano i locali. Dopo circa 3 mesi di tirocinio, si trova abbastanza bene, lavora con profitto, ma ogni tanto crea "disturbo" al personale della struttura ASL perché parla e ride a voce alta.

Un pomeriggio il caposquadra della cooperativa raggiunge telefonicamente il Presidente riferendo che G. ha avuto una assenza che è tuttora in corso e che al momento è stesa su un divano. Nonostante le sue attenzioni e la sua sperimentata capacità di fronteggiare le difficoltà, la situazione si presenta al momento abbastanza allarmata: gli altri lavoratori svantaggiati della cooperativa hanno assistito per la prima volta alla crisi di G. e sono spaventati, alcuni operatori della Struttura ASL, incrementando l'ansia generalizzata, hanno intanto chiamato l'ambulanza.

Si procederà in questo modo: la tutor di G. si assicura solo che G. non cada e non si faccia male, un operatore del gruppo del CD (fuori orario di servizio) che abita nei pressi si reca immediatamente sul posto, parla con "gli allarmati" e manda indietro l'ambulanza, il caposquadra tranquillizza gli altri lavoratori e li fa riprendere a lavorare dopo aver discusso l'accaduto sottolineando le diverse "fragilità" che ci accomunano, un altro operatore del CD (fuori orario di servizio) che ha un rapporto elettivo con il padre di G. lo avverte telefonicamente.

È evidente che in questa accezione del lavoro di équipe diviene secondario il titolo professionale dei singoli membri che la compongono, laddove i fattori decisivi sono legati alla capacità del gruppo di sperimentare concretamente un approccio collettivo, al suo modo di stare e di agire insieme.

Riteniamo, in altri termini, che la caratteristica dell'équipe che incide in maniera maggiormente significativa sulla qualità degli interventi non è il possesso di tecniche specialistiche da parte di ciascuno dei membri dell'équipe (tipologia 1), o l'adesione dei membri a modelli teorici uniformi (tipologia 2), ma è la coesione di gruppo e la condivisione di progettualità (tipologia 3).

Tabella 14 - I vari modi di intendere l'équipe ed il gruppo di lavoro

1. ÉQUIPE SOMMATORIA DI PROFESSIONALITA'			
Come vede il paziente	Cosa fa	Cosa produce	Da chi è composta
Come un insieme di esigenze mai riconducibili ad unità	Affronta "singolarmente" il proprio intervento con sporadici confronti con il resto dell'équipe. La gruppaltà è vista come lavoro in sequenza	Prestazioni oggettivanti i bisogni del paziente. Sull'équipe produce rigidità di ruolo	È composta dalle figure professionali canoniche: psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale
2. ÉQUIPE TECNICISTICO RIDUZIONISTA			
Come vede il paziente	Cosa fa	Cosa produce	Da chi è composta
Come un insieme di sintomi da curare in modo specialistico	Affronta il "problema" di competenza per gruppi di presunte patologie omogenee	Servizi specialistici molto selettivi che producono negazione e dipendenza del paziente (es. U.O. disturbi alimentari, U.O. delle disfunzioni del comportamento sessuale, ecc.)	È composta da singoli "professionisti" che condividono uno stesso modello, combinati in varia maniera
3. ÉQUIPE "SQUADRA DI LAVORO"			
Come vede il paziente	Cosa fa	Cosa produce	Da chi è composta
Come soggetto portatore di bisogni complessi "non parcellizzabili e non comprimibili"	Interviene in modo aperto e dialogico. Promuove la coesione interna e la condivisione delle progettualità. È attenta al particolare e al generale	Processi di soggettivazione e protagonismo attraverso una presa in carico condivisa e globale.	Tutti coloro che condividono il progetto in un determinato contesto. Figure diverse anche non legate istituzionalmente ad ambito sanitario

5.2.3 Quali caratteristiche per un buon lavoro di squadra

Ci sono alcuni fattori che, in maniera evidente, minacciano e ostacolano la possibilità di lavoro in squadra quali: la rigida divisione di compiti e di mansioni, la gerarchia autoritaria, gli specialismi e la delega a "qualcun altro".

Si tratta da un lato della pesantezza di alcuni fattori macroscopici (di natura prevalentemente organizzativa): la burocratizzazione selvaggia, le paradossali pretese di aziendalizzazione dei servizi di aiuto al disagio, la disumanizzazione dei "catalizzatori" del rapporto interpersonale, le croniche carenze di risorse umane e materiali, ecc.

Dall'altro si tratta di tutti quei fenomeni che favoriscono l'erezione delle corazze difensive che tendono ad attecchire di fronte alla grave cronicità, che con essa colludono e che conducono alla ricerca di nuovi schermi tecnici atti a motivare la profonda inadeguatezza di un sistema operativo che sostanzialmente ruota tuttora attorno al paradigma bio-medico.

Tutto ciò non favorisce la creazione di reali luoghi in grado di produrre atmosfere accoglienti e trasformative, né alcuno spazio per il gruppo e per la sua possibilità di lavorare insieme.

È il superamento delle separatezze e dei ruoli definiti, infatti, l'elemento che meglio di ogni altro descrive il "lavoro di squadra" ancor più se esso agisce *proposte abilitative* perché, come già accennato, è il *fare* della esperienza abilitativa che ci permette di cogliere la ricchezza che può derivare dal riequilibrio dei poteri all'interno delle relazioni (tra le diverse figure dell'équipe, tra operatori e utenti, tra utente e famiglia).

Dice ancora Saraceno "...La lezione della riabilitazione è salutare per tutti coloro che, nascondendosi dietro le proprie tecniche hanno rafforzato la separatezza e i privilegi dei propri ruoli. Chi fa cosa? Cosa tocca allo psichiatra? Cosa allo psicologo, all'assistente sociale, all'infermiere? (...) L'équipe si ritrova senza ruoli definiti, senza mansioni rassicuranti, senza saperi corporativi. Che confusione! Ma è solo a partire da questa confusione che è possibile ridisegnare dei ruoli e dei compiti (...) definiti di volta in volta dal paziente protagonista di una interazione complessa fra i membri dell'équipe (...) (Saraceno, 1992).

Alla luce di questo quadro partendo dalla "confusione" che determina il "fare con" si sostanzia la possibilità per ognuno di noi di aprirsi ad una infinità di modi di vivere la relazione con il paziente e per il paziente di poter sperimentare infinite relazioni significative che lo pongono al centro di un progetto originale il cui cardine è la comprensione dialettica di ciò che accade (a questo proposito vorremmo citare ciò che spesso un utente del Centro Diurno ricorda agli operatori: "Se va via il lavoro questo posto diventa un ambulatorio").

Seguendo questo filo, e come argomentato sopra, ciò che caratterizza positivamente il gruppo di lavoro non è principalmente il possesso di tecniche e non è tanto la sua multiprofessionalità specialistica, ma è proprio la sua abilità di acquisire il modo di strutturarsi continuamente come una squadra.

In maniera schematica riteniamo che le caratteristiche decisive per un lavoro di squadra efficace e di qualità attengono:

- alla capacità di gestire la confusione;
- alla naturalezza del lavorare "in brigata";
- alla capacità di operare su piani e livelli diversi;
- alla capacità di autoriflessione.

Diversi sono gli accorgimenti da adottare in questa direzione.

Occorre innanzitutto valorizzare la confusione che quotidianamente si vive nei nostri luoghi di lavoro e che addirittura, a nostro avviso, può rappresentare un indicatore di qualità contrapposto alla noia ed alla routine degli spazi chiusi e silenziosi.

Ampliando il concetto di Saraceno dell'"équipe confusa" si arriva a sostituire alla logica della prestazione e all'approccio della salute mentale basata sulle evidenze, un approccio basato sulla *curiosità* della ricerca per riconoscere nuovi problemi e poter sperimentare strade nuove di uscita dal disagio e dal disturbo psichico.

Partire dalla confusione e dall'ovvio del quotidiano, quindi, in modo flessibile e lavorare contemporaneamente per costruire tappe "storiche" che andranno a costituire le pietre miliari nell'esperienza del gruppo.

La capacità di lavoro "in brigata", poi, rimanda alla "dimensione organizzativa" interna di un gruppo di lavoro ed alla sua abilità:

- nell'individuazione delle priorità;
- nel prendere decisioni ed autoorganizzarsi integrando le professionalità, le competenze e "sfruttando" le potenzialità espresse dai ruoli istituzionali nella realizzazione di quelle decisioni;
- nel coltivare la coesione e l'identità e nell'essere attenti ai processi di lavoro come ai risultati che d'altronde sono inscindibili.

In questo senso il gruppo è in grado di strutturarsi come un luogo dove la relazione terapeutica si apre alle molteplici relazioni che la compongono in un'ottica di reciprocità dove non si applicano sostanzialmente protocolli e mansionari, ma si pensa a trovare quel tipo di "cemento" che unisce le persone in un legame significativo e che mette in moto "cicli affettivi positivi" (Canosa, 1998).

È necessaria inoltre la capacità di operare "contemporaneamente" su una molteplicità di piani e di livelli. È questo un aspetto che discende direttamente dal precedente assunto e che configura il gruppo come costruttore di "imprese progettuali di liberazione" e che non si esaurisce all'interno del proprio orticello e del rapporto diretto con gli utenti.

Se si assume la complessità e la multidimensionalità della sofferenza mentale è evidente l'attenzione che va riservata a quella che può essere definita la "dimensione strategica" dell'operatività del gruppo. In questo senso il gruppo deve essere capace di:

- conoscere il territorio e le sue potenzialità rispetto a progettualità e percorsi di emancipazione;
- conoscere la complessità e le diverse agenzie che intervengono e che sono presenti nell'orizzonte di vita degli utenti;
- collaborare in una logica di rete volendosi misurare con altri linguaggi ed altre situazioni istituzionali senza mai sentire ambiti diversi o di confine come *non di propria pertinenza*.

Ciò significa, in altre parole, provare a costruire *forza contrattuale* del servizio di salute mentale non solo all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, ma soprattutto fuori, nel pieno di un territorio e delle sue organizzazioni politiche ed amministrative.

Il gruppo è capace di contestualizzare il singolo gesto e di collocare la propria attività all'interno di progetti più ampi e con un riferimento costante al radicamento territoriale e alla costruzione di reti.

In ultimo, di fronte alla complessità è fondamentale la capacità di autoriflessione che deve essere un momento di garanzia della qualità di una squadra di lavoro ed è il meccanismo in base al quale il servizio funziona come "operatore collettivo" secondo "un modello politico, più che un modello psicologico (...) ed è del tutto inutile parlare di autoriflessione in un servizio gerarchizzato, senza responsabilità collettiva, o in un servizio in cui le prestazioni sono settorializzate e il lavoro parcellizzato" (Scotti, 1993).

L'autoriflessione è il momento in cui si rafforzano le energie del gruppo di lavoro riguardo a:

- la definizione di progetti individualizzati e complessi di presa in carico;
- la possibilità di trasmettere l'esperienza e le informazioni;
- la possibilità di modificare le linee di intervento in base ai messaggi di ritorno che arrivano;

- le possibilità di apprendimento e di *coping*, di elaborare l'inevitabile *stress* dovuto a conflittualità interne e/o esterne, alla gravosità delle problematiche affrontate, alla limitatezza delle risorse disponibili, ecc.

Quello dell'autoriflessione e della verifica collettiva è uno degli aspetti fondanti in cui si costruisce la cultura del gruppo in un'ottica realmente multidisciplinare in cui non è tanto importante la pesantezza del bagaglio formativo di origine, quanto la capacità di "levare", di sapersi liberare delle cose superflue (zavorre) che in tale bagaglio sono contenute. Si tratta, in sostanza, di mettere in atto un atteggiamento di "ignotizzazione" (che altro non è che l'imparare a disimparare declinato in altra parte del volume) che costituisce la condizione migliore per le possibilità di ascolto e di confronto con altre persone, professionalità, approcci operativi e teorici diversi.

5.2.4 Gruppo di lavoro e lavoro di squadra come fattore protettivo

Da quanto argomentato nei paragrafi precedenti consegue che, a nostro avviso, la questione decisiva, a questo punto, non è più tanto legata alla esistenza di una *équipe* "tradizionalmente" intesa, quanto alla esistenza di gruppi di lavoro significativamente motivati e orientati e della loro effettiva capacità/ possibilità di lavorare insieme.

È peraltro evidente che il gruppo di lavoro può essere il terreno privilegiato (ad esempio attraverso l'identificazione di persecutori "singoli o associati" all'interno del gruppo piuttosto che fuori), sul quale si focalizza la "fatica" del lavoro, ma può essere anche il più importante fattore di protezione dal logoramento.

Come è noto, il tipo di compito, la mansione, ecc. da sole non sono sufficienti a giustificare il *burn out* e la stanchezza del lavoro, mentre appaiono decisivi fattori quali: il senso che viene attribuito all'attività, il modo in cui questa è organizzata, la disposizione con la quale si affronta il compito e in definitiva, tutta la cornice complessiva in cui la singola esperienza lavorativa si colloca.

Sono certamente condizioni che stancano, bruciano, fanno ritenere insostenibile la gravosità del compito, ed annichiliscono il nostro pensiero e la creatività:

- a) la parcellizzazione (spezzettamento) dei processi produttivi e la conseguente mancanza di senso e di motivazione;
- b) gli specialismi e l'impossibilità di collocare la singola esperienza in un progetto più ampio;
- c) la gerarchia rigida e la burocrazia del gesto lavorativo, con richieste contemporanee di qualità totale;
- d) i gruppi di grandi dimensioni (laddove è più difficile coltivare la coesione e l'identità).

Si tratta di condizioni presenti in maniera massiccia nei sistemi socio-sanitari "aziendalizzati". Difficoltà aggiuntive, anzi, sono ascrivibili specificamente all'aziendalizzazione che di fatto ha accentuato tutti i fattori che condizionano la stanchezza e ne ha determinati altri:

- focus su iniziative presuntamente prevedibili, misurabili (EBM, IPT, ecc.) in ordine al tempo ed alle risorse economiche;

- difficoltà ad accettare le progettualità trasversali (con altre istituzioni);
- conflitto di ruolo tra il mandato di "bene comune" del servizio pubblico (lealtà istituzionale) e il rispetto dei vincoli del risparmio con criteri privatistici;
- regime di valutazione "per il governo" posto al di fuori dei servizi e svolto in via gerarchica con un peso specifico nettamente a sfavore della valutazione dei progetti e dei processi di lavoro concreti, ecc.

Una buona parte delle variabili di affaticamento, quindi, rimandano direttamente alle macro categorie e richiedono risposte a livello politico e istituzionale.

Da questo punto di vista occorre ad esempio trovare soluzioni nuove e modalità organizzative che facciano saltare i sistemi di gerarchizzazione tradizionali nei gruppi di lavoro e la divisione del lavoro, senza annullare le differenze e le responsabilità: si tratta di inventare percorsi nuovi e meccanismi di "premio" dell'esperienza con l'equilibrio dosato tra decisionismo e partecipazione allargata, tra tempo di lavoro e tempo del gruppo, tra impotenza e onnipotenza, ecc.

Ma una parte della sfida è riconducibile anche al quotidiano dei gruppi di lavoro e alla loro specifica responsabilità.

Gli operatori della salute mentale sicuramente andavano meno frequentemente incontro a situazioni di *burn out* quando avvertivano di partecipare con il proprio lavoro a un progetto comune e trasformativo di più ampio respiro.

Riteniamo, in sostanza, che una parte significativa del futuro dei servizi dipenda "banalmente" dalla esplicitazione della cultura dei gruppi e dalla reale ed efficace valorizzazione dei gruppi di lavoro e del lavoro di squadra.

Per avere la "disposizione giusta", quella che consente di superare la fatica, che provoca soddisfazione e che permette di conseguire risultati di benessere, due sono le condizioni essenziali ed entrambe sono specificamente caratteristiche del lavorare in squadra:

1) la possibilità di poter coltivare anche attraverso l'esperienza definita come tempo di lavoro quella particolare disposizione che consente di sentire (senza allucinare) che la realtà esterna può essere colorata dai nostri significati e dal nostro intervento (spazio transizionale winnicottiano). È questo che rende possibile l'integrazione tra componenti cognitive, emotive e sociali nel gesto lavorativo; è questo che rende possibile mantenere in vita la tensione trasformativa anche nelle situazioni di maggiore sofferenza e cronicità;

2) la possibilità che anche nell'attività di lavoro possa essere sollecitata una parte della nostra esperienza nella quale non ci siano "particolari" propositi od obiettivi da raggiungere "una sorta di funzionamento al minimo della personalità (e del gruppo)": per dirla ancora con Winnicott (1974) "quando l'eccitamento (improprio) prende il sopravvento il gioco finisce e inizia la masturbazione", così analogamente elementi di disturbo (quali ad esempio l'ansia di fare bella figura, di avere molti soldi, di non potercela fare, ecc.), minacciano sistematicamente il gioco e la possibilità del lavoro creativo e di squadra.

In questo senso appare essenziale introdurre l'elemento ludico all'interno dei gruppi. Ed è sulla base di osservazioni in questo versante che alcuni autori hanno efficacemente sottolineato la

necessità di passare dal concetto di gruppo di lavoro a quello di gioco di squadra (cfr. ad es. Quaglino e Cortese, 2003) che in questa sede si richiama e si condivide pienamente.

5.2.5 Lavorare in squadra: la declinazione della competenza

Lavorare in squadra costituisce uno degli elementi che connotano il campo delle competenze trasversali ed è una sorta di "competenza delle competenze".

La descrizione fornita da Hay Group a proposito della "cooperazione" si presta adeguatamente a una prima definizione e declinazione della capacità di lavorare in squadra.

In una prospettiva formativa o didattica, tuttavia, e anche alla luce di quanto argomentato in precedenza, è necessario precisare che per esercitare competenza nel lavorare in squadra appare più importante la sottrazione di saperi nei singoli (ignotizzazione, imparare a disimparare) che l'acquisizione di nuove nozioni.

Mentre nel contempo occorre favorire le possibilità di descrivere, comprendere e valorizzare il fatto di "apprendere in gruppo dall'esperienza" e tesaurizzare le acquisizioni che proprio la dimensione grupppale consente (*cooperative learning*).

Piuttosto che di "saperi trasmissibili" in senso più o meno tradizionale, nella declinazione del saper lavorare in squadra forse sarebbe più appropriato parlare di alcuni "prerequisiti", atteggiamenti, predisposizioni.

Esistono poi, a nostro avviso, alcuni "saperi" fondamentali per lavorare in maniera cooperativa nel campo della salute mentale, che hanno caratteristiche "aspecifiche" e più generali. Questi saperi possono essere così sintetizzati:

- a) la sofferenza mentale è "comprensibile", non è imprevedibile e non è incurabile;
- b) non c'è un "gesto singolo" che può essere risolutorio o terapeutico, ma un insieme complesso di gesti, azioni, progetti, programmi che insieme contribuiscono alla realizzazione di un "clima sufficientemente adeguato" e alla possibile costruzione di luoghi vissuti e dotati di senso;
- c) l'accoglienza e l'accettazione profonda della diversità/alterità è lo strumento principale (se non l'unico) che rende possibile la trasformazione ed il cambiamento (esperienza "ricostruttiva");
- d) non esistono percorsi lineari e meccanici e la sofferenza mentale non si esprime in termini di "presenza/assenza";
- e) difficilmente può esserci un "sapere" staccato dai luoghi del quotidiano e del fare insieme concretamente e tantomeno un "sapere" o un professionalismo che ha maggiore dignità e scientificità (è la necessità di far emergere i cosiddetti "saperi assoggettati": non si tratta tanto di *no professionals*, ma di *new professional*);
- f) che occorre avere fiducia anche nelle situazioni di maggiore gravità;
- g) che è di uguale importanza "curare" l'utente, "curare" l'organizzazione interna del servizio e "curare" il rapporto del servizio con l'esterno.

Con tutte le cautele espresse in precedenza, la scheda riportata di seguito rappresenta un tentativo di sintesi per declinare gli elementi specifici e costitutivi della capacità di lavorare in squadra all'interno della classica tripartizione di sapere, saper fare e saper essere.

Sapere	<p>che la sofferenza mentale deve essere affrontata dal gruppo, non può essere affrontata da un singolo; che lavorare in squadra non è un assemblaggio di professioni diverse; che il lavoro di squadra è fondamentale per evitare fenomeni di <i>burn out</i>, permette di affrontare situazioni difficili senza bruciarsi immediatamente; come funzionano i gruppi, conoscere limiti e potenzialità del funzionamento del gruppo; conoscere l'organizzazione dei Centri Diurni e la modalità dei processi decisionali (sapere che ci sono dei momenti, all'interno dello stesso gruppo, in cui non c'è condivisione delle decisioni e momenti in cui invece c'è una decisione che viene presa dalla leadership; sapere che esistono questi due momenti ... alternanza tra le due funzioni); conoscere tutti i termini e i progetti del Centro Diurno, compreso il linguaggio tecnico della sanità e dei servizi sociali; conoscere la mappa del proprio gruppo e degli altri gruppi che ci sono dentro e fuori della propria struttura (mappatura a 360 gradi); conoscere la propria responsabilità e quella degli altri, sia singoli che istituzioni; conoscere la mappatura del potere formale e informale che i gruppi hanno all'interno del Centro Diurno; di avere un gruppo di riferimento che però non può essere strumentalizzato usandolo come pretesto aggressivo (ne parlo con il gruppo ma vado da solo); che la conoscenza, anche quella diagnostica, è una conoscenza relazionale. Questo significa che il gruppo ha un potere di conoscenza su ogni singolo paziente molto più alto di ogni singola persona perché diventa la risultanza complessa (non la somma algebrica) del rapporto di ognuno con il gruppo, ci sono un aspetto soggettivo e un aspetto oggettivo che vengono messi insieme; che ogni operatore conosce un aspetto di un paziente, quindi se si vuol conoscere quel paziente è necessario andare a conoscere gli altri componenti del gruppo ed eventuali altri gruppi coinvolti; che la "diagnosi" si assembla nel gruppo ma non soltanto nel gruppo dei sanitari ma di tutti gli operatori, a prescindere dalla loro professionalità; riconoscere e valorizzare le risorse terapeutiche spontanee che esistono in qualsiasi tipo di gruppo (sapere che i saperi esperienziali contano quanto i supposti "saperi tecnici"); che la critica o l'analisi del problema non va mai fatta in termini di distruttività; che l'errore è uno strumento di conoscenza; capire come è composto il tessuto sociale di un CD; capire quando si creano dei gruppi per difendersi da qualche cosa perché quello ti inginocchia il CD; capire quando l'operatore si trincerava in un gruppo per difendersi; conoscere e mettere in moto tutti i meccanismi che possono contrastare l'alto tasso di patologia a cui si è esposti e saper mettere in moto gli strumenti pratici e teorici per combatterla; capire come il gruppo può individuare delle proprie aree di salute, come saper pensare alla propria salute e non solo...</p>
Saper fare *	<p>lavorare facendo i conti con ciò che si ha a disposizione; cose pratiche e cose teoriche; lavorare in situazioni confuse; emergere gli aspetti ludici delle situazioni/giocare; usare il "linguaggio del quotidiano" per progettare ed andare alla costruzione di appuntamenti che costituiscono le "pietre miliari" e le esperienze "seminali" del gruppo; stare nei ruoli in maniera flessibile, ma definita ("conoscere" e saper fare il ruolo che si ha nel gruppo, ma pronti e capaci di entrare negli altri, di supportare e vicariare ruoli e azioni degli altri); conoscere il proprio ruolo ma saper anche riconoscere quello altrui e rispettarlo; sostenere e trasformare in positivo le eventuali azioni sbagliate dei membri del gruppo; attivare i gruppi nei quali il singolo operatore non necessariamente deve essere sempre presente; far convivere all'interno di uno spazio più gruppi tra loro, che hanno più o meno vita autonoma; ascoltare "le parti" e non tanto gli individui singoli; parlare alle parti (alla gruppaltà, alle parti delle varie persone, alle funzioni che sono interconnesse tra di loro);</p>

<p>Saper fare *</p>	<p>accogliere ed elaborare gli elementi del gruppo e la distruttività del gruppo; accogliere le diverse istanze, conoscere e sostenere le persone; creare sinergia; mantenere un senso di continuità del gruppo anche se i gruppi sono confusionati (la gente entra ed esce in continuazione), se i membri cambiano, quindi saper mantenere la coesione interna dando un senso anche all'assenza; moderare, attivare, indurre riflessione, pensiero e saperlo accogliere; darsi degli obiettivi condivisi, far si che le cose siano finalizzate; far emergere una progettualità condivisa capace di dare un senso alla quotidianità così che sia costruttiva e non generi un senso di vuoto; stabilire delle priorità funzionali rispetto alle problematiche che si presentano; attivare delle azioni, di concerto con il gruppo, che sappiano tenere conto delle situazioni di potere; dare potere a chi materialmente sta con i pazienti a prescindere dai mansionari, preferibilmente se in gruppo; tollerare la frustrazione e saper cogliere, leggere i segnali di cambiamento; rielaborare successi e insuccessi in modo sempre positivo per arricchire l'esperienza del gruppo e dargli senso; distinguere i confini tra aspetti affettivi legati alle persone e aspetti razionali legati a funzioni o ruoli (lavorare in situazioni confuse); orientare la propria azione intorno agli obiettivi del gruppo ed accettare frustrazione per privilegiare le priorità funzionali al gruppo, il rispetto delle finalità e della missione del Centro Diurno.</p>
<p>Saper essere</p>	<p>rispettosi della propria "diversità"; capaci di modulare l'impotenza e l'onnipotenza; capaci di convivere con la confusione e le "zone grigie"; orientati alla soluzione di problemi pratici; capaci di mettere in discussione le spiegazioni semplicistiche; capaci di "non avere fretta" e di "girare a vuoto"; capaci di essere convinti di cambiare un po' il mondo attraverso se stessi ed il proprio lavoro; capaci di giocare; capaci di tollerare la frustrazione e saper cogliere, leggere i segnali di cambiamento; capaci di stare nei ruoli in maniera flessibile ma sufficientemente definita; sensibili verso la sofferenza dei membri del gruppo; capaci di sapersi divertire, reinventandosi; leader, gregario, saper essere attivo, saper essere passivo; generativi, avere un atteggiamento capace di favorire la "rinnovabilità" del gruppo; capaci di mettersi in discussione.</p>

* N.B. Non è l'azione/attività/iniziativa/esperienza in sé che contraddistingue esempi di abilità che declinano il saper fare del "lavorare in squadra" ma è la cornice all'interno della quale queste si inscrivono, la catena di significati reali e simbolici che assolvono.

Un giorno un paziente scrisse sopra un biglietto lasciato sulla porta del Centro Diurno: "Non si ha bisogno di aiuto perché si è malati ma si è malati perché si ha bisogno di aiuto".

Per entrare in contatto con queste riflessioni e con chi chiede aiuto occorre costruire spazi che offrano all'altro la possibilità di "attaccare..., affidare..., condividereil contenuto del proprio biglietto".

Questi particolari e fragili spazi, stanno sia nella mente dell'operatore che nei luoghi in cui opera, e possono essere costruiti con qualità umane che tutti noi possediamo, se pur in forme e quantità diverse.

Tra queste ci sono sicuramente quelle che la psicologia chiama "Consapevolezza di Sé" ed "Empatia".

La prima intesa come capacità di *conoscere se stessi* o il proprio mondo interno con tutte le sue ricchezze e contraddizioni e la seconda intesa come capacità di mettersi delicatamente *nei panni dell'altro* per ascoltare, comprendere, accogliere la sua complessità.

Nel presente capitolo queste qualità umane vengono descritte e coniugate con il poliedrico lavoro che l'operatore del Centro Diurno svolge. In modo particolare vengono riviste in relazione al rapporto con pazienti, famigliari, colleghi, istituzioni e territorio.

6.1 Consapevolezza di Sé

È consapevole colui che sa.

Cosa deve sapere l'uomo per avere consapevolezza di Sé? Deve pensare/agire in un dato momento come essere vivente nel presente, come organismo unitario mente-corpo dotato di processi fisiologici, cognitivi, emozionali strettamente interconnessi e interdipendenti, nati e perpetuati all'interno di una matrice sociale. Diversi sono i livelli di consapevolezza di Sé, il più alto dei quali è esemplificativo della capacità umana di integrare informazioni provenienti da diverse fonti (corpo, mente, ambiente) e su queste riflettere al fine di creare quel senso di continuità alla base dell'individuo sano e del suo benessere. Laddove questi aspetti non vengono integrati, si creano dei vuoti che possono essere inadeguatamente riempiti, con sintomi di varia natura, a causa dell'incomprensibilità dei segnali, siano essi interni o esterni. Come nella realizzazione di un puzzle da 30.000 pezzi (seppure è una cifra piccolissima rispetto ai milioni di processi intervenuti nella vita di un individuo) l'assenza parziale di tasselli, per

quanto possa rendere comprensibile il senso generale dell'immagine, porterà ad una mancata definizione della natura intera della rappresentazione, sia per chi l'osserva, che per la coerenza stessa del puzzle.

6.1.1 **Mente, corpo, malattia e consapevolezza di Sé**

Salute mentale e malattia mentale: questa antitesi è alla base della riforma psichiatrica che ha portato alla promulgazione della legge 180. Favorire la salute, soprattutto la salute mentale, è un compito che appartiene allo Stato e "nello specifico, all'organizzazione amministrativa della sanità, soprattutto all'organizzazione del lavoro, mentre la malattia appartiene alla medicina, alle scienze" (Franca Ongaro Basaglia, 1982). La malattia mentale è stata riconosciuta da Basaglia come *malattia sociale*. Pur non negando il ruolo giocato dai processi biologici nel funzionamento dell'individuo, è necessario porsi il problema di cosa questo significhi. Un individuo che nasce da genitori "sani, in un ambiente sano" ha percentualmente meno probabilità di ammalarsi di un bambino che si sviluppa in un ambiente istituzionalizzato o fortemente deprivante, di un individuo figlio di genitori sofferenti di una grave patologia psichiatrica, soprattutto se questa viene negata, non avendo le condizioni ottimali per poter sviluppare un lo forte e integrato. Per contro, esiste una cospicua casistica di individui che, nati da genitori sani, si ammalano. Dobbiamo ritenere che l'elemento comune fondamentale sia il contesto storico-socio-culturale in cui l'individuo si trova a vivere. Se l'individuo nato da genitori malati avesse la possibilità di essere allevato senza essere allontanato da essi, in un contesto gruppale, familiare e/o sociale solidale, per lui diminuirebbero gli effetti inabilitanti derivanti dal rapporto diretto con la madre o col padre. Avrebbe la possibilità di sperimentare un contatto di "braccia sicure e calde", avrebbe la possibilità di potersi identificare con altre figure presenti nel contesto.

L'incidenza della malattia mentale grave, con particolare riguardo alla schizofrenia, è maggiore nelle città e nei grandi agglomerati urbani, a dimostrazione del fatto che fattori legati alla socialità rappresentano potenti fattori di rischio - o protettivi - per lo sviluppo della patologia.

Oggi più che mai ci si deve interrogare sulla coerenza della cultura e dei suoi rapporti con i bisogni dell'individuo. Ogni cultura, è opinione condivisa, è capace di promuovere solo alcuni aspetti dell'attività dell'uomo, comprimendone altri. Il nodo centrale diventa: quali aspetti vengono promossi e quali soppressi? Possiamo affermare che, senza temere di essere smentiti, oggi più che mai, viviamo una crisi di valori, siamo nella società che Baumann (2011) ha definito "liquida", dove il mito del virtuale ha condotto l'uomo a un isolamento autistico. Ciò che più allontana da questo isolamento i giovani, è il bisogno narcisistico di notorietà, di primeggiare, di emergere con qualunque mezzo e a qualunque costo: è questa un'aspirazione che permea, nel momento attuale, i vari strati sociali, creando sempre maggior isolamento e "diversità". Lo scontro tra il singolo e questa cultura fortemente narcisistica, dal quale l'individuo fragile esce in certa misura sempre sconfitto, esaspera l'insorgenza della malattia mentale. Fino a trent'anni fa il problema era quello di far accettare l'individuo malato alla società, oggi ci troviamo ad affrontare l'arduo compito di farlo partecipare attivamente alla vita sociale, di integrarlo con le sue possibilità e i suoi limiti, nel proprio contesto di vita.

Lavorare per la salute mentale significa dunque promuovere continuamente un processo di

integrazione che, partendo dall'individuo, coinvolga la famiglia, l'équipe, i diversi servizi e il territorio.

Se l'isolamento autistico a cui la nostra società spesso condanna l'individuo, deriva dal forte investimento sull'immagine esterna a scapito del sentire interno, il nostro primo compito è quello di ricreare nella persona una relazione soddisfacente tra psiche e soma, sapendo che in coloro che soffrono di malattia mentale la sensazione di possedere un corpo, o un corpo intatto, è compromessa o inesistente ed è quindi assente il processo di integrazione del Sé.

Da dove partire? Il corpo nasce prima della psiche: la psiche ha inizio come "elaborazione immaginativa del funzionamento fisico" (Winnicott, 1988). Si può partire, quindi, dal corpo per avviare un processo di integrazione tra psiche e soma che porti l'individuo sano ad essere in grado di sapere sempre cosa sente e cosa prova, ovvero ad essere consapevole di Sé.

La consapevolezza di Sé è stata individuata dall'*expert panel* di operatori ed esperti del settore, realizzato nell'ambito della collaborazione con Hay Group, come una delle competenze fondamentali per gli operatori che lavorano nei Centri Diurni. L'operatore che possiede questa competenza, quindi la capacità di "stare nel presente", nel qui ed ora, la capacità di "stare nel presente e scegliere", la capacità di essere a conoscenza di quali sono i suoi bisogni e valori, può partecipare con successo ad ogni processo teso ad aiutare il paziente ad acquisire una consapevolezza di Sé. Consapevolezza che gli consente di diventare protagonista della sua vita attraverso la riacquisizione, la conoscenza di quelli che sono i propri individuali modi di sentire, pensare, sapere, decidere e agire; capacità, queste, che consentono all'individuo di instaurare e mantenere una relazione. Fondamentalmente la *mission* dei Centri Diurni è quella di aiutare le persone nella riacquisizione di questa "abilità". La riflessione degli operatori sulla possibilità di avviare un processo di riabilitazione e reinserimento sociale partendo dalla definizione di obiettivi primari tecnicamente raggiungibili, ha portato alla conclusione che ciò fosse realizzabile solo se, in primo luogo, fosse stato possibile aiutare il paziente ad istituire un processo di riflessione su di Sé come Persona intera ed integrata nei suoi aspetti fisici e psichici, e non come paziente identificabile solo attraverso la malattia e la sua storia. La definizione di questo primo obiettivo consente di introdurre il concetto di riabilitazione inteso come processo che avviene attraverso la strutturazione di una esperienza di vita reale, intrapsichica e inter-individuale, realizzabile solo se si instaura un rapporto chiaro e diretto con la realtà, con il gruppo e con l'operatore; con la prima intendiamo la possibilità che il paziente ha di riappropriarsi dei propri vissuti e delle proprie emozioni nel vivere l'esperienza quotidiana attraverso l'attenzione rivolta alla dimensione corporea, alla capacità di pensare e di creare la propria realtà di vita. Con la seconda, si intende la possibilità di istituire e sperimentare con "l'Altro" un rapporto sia a livello emotivo che cognitivo.

Nel Centro Diurno, "l'Altro" si identifica innanzitutto con il gruppo, il quale, in quanto entità definita da regole e ruoli ben precisi, si pone come spazio di contenimento rispetto alle angosce individuali e come momento di elaborazione e restituzione delle difficoltà relazionali e individuali. Nel gruppo, la presenza dell'operatore come "Altro da Sé" consente, attraverso l'istaurarsi di una relazione emotiva significativa, l'integrazione tra le parti psichiche più fantasmatiche e gli aspetti relazionali più concreti. Tutto ciò avviene se l'operatore accetta di

porsi come esempio, sia di vissuti emotivi che di azioni, fornendo degli strumenti che possano promuovere nel paziente un processo identificativo attraverso il rispecchiamento. "In linea generale tre sono i significati fondamentali finora attribuiti al Sé: 1) Nucleo della coscienza autoriflessiva; 2) Nucleo permanente e continuativo nel corso dei cambiamenti somatici e psichici che caratterizzano l'esistenza individuale; 3) Totalità delle istanze psichiche relative alla propria persona in contrapposizione alle relazioni oggettuali" (Galimberti, 2006).

6.1.2 La consapevolezza di Sé, che fare

Essere in sintonia significa farsi partecipi dei sentimenti altrui senza farsi invadere da essi: per avviare il processo di sintonia-empatia, l'operatore deve avere consapevolezza di Sé, deve aver affrontato un buon allenamento a riconoscere i propri investimenti emotivi, a dosare i livelli di coinvolgimento, a confinare il processo di risonanza interna nel rapporto con il paziente onde non cadere in trappole di invischiamento emotivo con il proprio assistito.

Tabella 15 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

Entrando nella stanza del gruppo e non vedendo D. seduta al solito posto, chiedo: "non c'è D.?" sento la sua voce rispondere "sono qui". Istantaneamente penso "sta male" perché era seduta nascosta dietro un paziente imponente e maleodorante. D. è una persona molto curata che ama le cose belle. Non finisco di pensare che lei dice "sto male, vede dottoressa che viso grande che ho?" e con le mani disegna nell'aria un cerchio enorme e poi dice "vede che gambe grosse che ho! Come sono dottoressa, sono normali o sono grandi?" ed inizia a toccarsi. Inizio a risponderle dicendo "no D. sono ..." Ma lei mi interrompe e dice "no, no sto proprio male, perché oggi è il 25 settembre vero? Invece io penso che sia il 28 agosto, che mi succede?" tutto il gruppo è concentrato su D. e mi guarda aspettando una rassicurazione. Io le chiedo "che succede il 28 agosto?" lei mi risponde "che c'entra?", ha un'aria abbastanza seccata, "è il giorno del mio compleanno". Io, rispondendo a quest'ultima affermazione, inizio a dirle che era in contatto con un bisogno di una parte di Sé. Mentre parlo, D. con un gesto teatrale poggia le mani sul tavolo e, facendo forza su di esse, si alza in piedi e rivolgendosi al gruppo esclama "Oddio che ho fatto! Adesso questa ricomincia con le parti grandi, le parti piccole, non fa niente non fa niente!!" Io, dentro di me, mi sento arrossire di vergogna, traggio un profondo respiro e le chiedo "hai un desiderio?" lei mi guarda perplessa e risponde "che c'entra?" pausa "sì, vorrei un dolce". Allora le dico che forse voleva festeggiare il compleanno con noi, come accade per tutti, visto che il 28 agosto il Centro era chiuso e non aveva potuto farlo. Lei ci pensa un po' e parla della sua famiglia e di come la trattano male. Non ha avuto una festa di compleanno. Le chiedo "che dolce avresti voluto?" e lei risponde "una torta". Invito un componente del gruppo ad andare a comperare una torta. D. mi guarda sorpresa e chiede "che fa mi compra la torta! perché?" interviene il gruppo dicendo "sì, sì, sì" io le rispondo "sì, ti compro la torta perché penso che questo tuo desiderio abbia un profondo senso per te" lei pensosa mi chiede "vuol dire che quello che prima ha detto bisogno è la mia voglia di torta?" io rispondo "sì" lei mi chiede "che significa?" e io le rispondo che noi tutti sin da bambini abbiamo bisogno di sentirci amati e riconosciuti, che il giorno del compleanno è importante per tutti noi e che la torta è il simbolo e manifestazione dell'amore che i nostri cari ci vogliono. D. ascolta attentamente, tutto il gruppo sembra riflettere, c'è una pausa interrotta sempre da lei che dice "va bene così, sto meglio non c'è bisogno che lei mi compri la torta". Il gruppo interviene "no, no prendila prendila!". Invito D. non solo ad accettare la torta ma a fare lo sforzo di scegliere che tipo di torta vuole, il collega torna timoroso portando la torta e scusandosi per non aver trovato la mimosa, D. lo rassicura che va bene lo stesso e mentre taglia il dolce chiama gli altri attorno a sé dicendo "per me è troppa, ve ne dò un pezzo" alla fine del gruppo mi si avvicina un collaboratore e mi racconta che mentre D. mangiava la torta le ha chiesto "ti piace?" lei ha risposto "sì, ma è troppo fredda ma non lo dire alla dottoressa altrimenti ci resta male".

L'esclamazione di D. "Oddio che ho fatto!" accompagnata da una espressione corporea sintonica, mi ha fatto sentire tutta l'impotenza di D. che, nonostante tutti i suoi sforzi nel chiedere, non riusciva a trovare una risposta lenitiva al suo disagio. La mia emozione di vergogna, scaturita dall'improvvisa consapevolezza di non essere in sintonia con la paziente, quindi nella relazione, mi ha permesso di ricentrarmi nel qui ed ora e di poterla finalmente aiutare ad entrare in contatto, riconoscendolo, con il suo bisogno e con la possibilità di ricevere una risposta positiva ad una sua richiesta.

L'esperienza sopra riportata, è fortemente significativa nella mia storia di curante. Nonostante la mia costante attenzione alla dimensione corporea, ai bisogni dell'individuo, al riportarli sempre nel senso di realtà, alla restituzione, all'attenzione nel non utilizzare l'interpretazione, sono caduta in una trappola: soltanto la consapevolezza di me mi ha permesso di uscire dall'empasse.

La capacità di sentire il corpo ci permette sempre di sapere dove siamo, cosa stiamo provando; ci consente di essere sempre radicati nel senso di realtà, nel qui e ora. Sentire il corpo e la questione tempo sono nodi centrali nel processo di cura di queste patologie. Il tempo e lo spazio sono da sempre un interrogativo esistenziale per l'uomo, dibattuto sin dagli albori della conoscenza. Kant definisce tempo e spazio degli "a priori", ciò significa che l'Uomo nasce con queste due dimensioni, come nasce con un "Sé biologico" (Lowen 1983). Per Kant, tempo e spazio permettono all'uomo una visione storica (tempo) e geografica (spazio) della realtà. Nella "Critica della ragion pura" afferma "il tempo non è altro che la forma del senso interno, cioè dell'intuizione di noi stessi e del nostro stato interno", lo spazio, il modo nel quale ci rappresentiamo gli oggetti del mondo esterno; lo spazio ed il tempo sono le forme della nostra sensibilità, sono anche le condizioni di ogni possibile esperienza universale. Da qui una prima delimitazione tra mondo interno ed esterno, confine che viene completamente perduto nella dimensione psicotica. Diventa quindi automatico, quando parliamo di un'alterata percezione dello spazio e del tempo, parlare di un'alterata percezione del corpo e, più precisamente, del Sé inteso come facoltà di sentire il corpo. In un dibattito su Heidegger, durante la lettura giornaliera del quotidiano, un paziente che chiameremo "il filosofo", approfondendo il discorso, arriva a parlare di Kant e, definendo lo spazio afferma: "Vedete quella pianta laggiù? Per la dottoressa è sicuramente una pianta, per noi potrebbe essere una pianta, ma se non ragioniamo tanto potrebbe essere anche una persona o un disegno geometrico, questo è lo spazio per Kant, è come noi vediamo le cose".

Il valore dell'unità del Sé biologico con il Sé cosciente e cosa comporta una persistente frattura tra queste due dimensioni, è ben espresso nel lavoro di Galimberti: "Recuperare il corpo significa respingere il formalismo della coscienza per sostituirlo con la comunicazione sensoriale senza la quale non ci è dato di abitare il mondo, né di pensarlo con l'a priori della ragione... Abitare è sapere dove deporre l'abito, dove sedere alla mensa, dove incontrare l'altro, dove dire è u-dire, rispondere è cor-rispondere. Abitare è trasfigurare le cose, è caricarle di sensi che trascendono la loro pura oggettività, è sottrarle all'anonimia che le trattiene nella loro "inseità", per restituirle ai nostri gesti "abituati" che consentono al nostro corpo di sentirsi tra le "sue cose", presso di sé." (Galimberti, 1979). Per permettere una esperienza così profonda come quella di tentare di ri-unire i legami interrotti tra mondo interno e mondo esterno, occorre creare un "luogo" dove

le dimensioni spazio-tempo, interno-esterno, lo-corpo, lo-Tu, siano sufficientemente definite per permettere al paziente di fare un'esperienza di Sé come persona intera ed integrata. Dove la relazione lo-Tu, con la possibilità di "rispecchiamento", consenta una risintonizzazione psico-somatica. I Centri Diurni devono essere considerati luoghi di cura e non luoghi di intrattenimento per dare sollievo alle famiglie. Il vero sollievo arriva se si lavora per produrre un cambiamento, cambiamento che avverrà solo se tutti concorreranno, ognuno per ciò che è di propria pertinenza, al progetto di cura, riconoscendo al paziente, in primis, la sua capacità progettuale. I Centri Diurni sono servizi composti da due anime strettamente interconnesse tra di loro: una sanitaria, l'altra sociale. Da quanto si riesce a produrre un'integrazione di queste due anime, dipende la riuscita di offrire "un'esperienza di vita sufficientemente buona" (questa è la mia definizione di cosa è un Centro Diurno) a persone portatrici di una sofferenza tale da avere una visione distorta del mondo. Le persone che afferiscono a questo servizio sono adulte, anche se il loro funzionamento, in parte, è infantile. Il nostro compito è quello di basarci sui residui di parti sane adulte, per favorire un processo di autonomia che passa attraverso un processo di separazione dalla figura di accudimento e poi dalla famiglia. Per fare tutto ciò occorre lavorare sulla riacquisizione di un senso di Sé capace di contenere un lo difettuale.

Ogni persona, per quanto malata, dal momento che sopravvive, ha in Sé una parte sana e capace di produrre. Il compito del curante è quello di scovare questa parte, di connotarla attraverso delle abilità e di ripresentarla al paziente facendogliela vedere e, con un lavoro lento e graduale, implementarla. Per fare tutto ciò occorre presentare alla persona dei progetti reali, realizzabili, osservabili e valutabili in modo da renderli coscienti o, per meglio dire, consapevoli delle proprie capacità sia intellettive che emotive. Per strutturare un'esperienza di vita sufficientemente buona è indispensabile la presenza di un'équipe omogenea nel modo di concepire la cura e le relazioni, in modo da ripresentare al paziente un vissuto del mondo sufficientemente sano. Tutto ciò passa attraverso un vissuto emozionale, la relazione personale, che ogni operatore instaura con il paziente consentendogli di individuare, di volta in volta, i propri sentimenti. Il primo passo è quello di permetterne il riconoscimento del senso e del valore. Visto il grado di diffidenza e angoscia di cui sono permeati i vissuti di persone affette da grave patologia, tanto da arrivare a una scissione dal corpo con conseguente dispercezione del proprio sentire, e più precisamente del Sé inteso come capacità di sentire il corpo, lo strutturare un ambiente contenitivo in cui, al di là dei ruoli che devono fungere da confine, ripresentare alle persone i sentimenti accolti ed elaborati, rappresenta l'elemento di cura.

Come i singoli attori possono e debbono concorrere? Innanzitutto ognuno deve decidere consapevolmente se giocare o meno il proprio ruolo nella partita, accettandone le responsabilità ed i confini. Lo sforzo di restituire al paziente il suo status di cittadino con diritto di scelta di adesione al progetto individuale di cura, passa anche attraverso la stipula di un contratto tra le parti caratterizzato da una serie di regole relative a specifici ambiti che definiscono l'impegno di ciascuno dei partecipanti al progetto di cura. Intendiamo il progetto come un impegno personale, per cui va impostato proprio come un contratto tra le parti.

Tabella 16 – Esempio di progetto individuale di cura sottoscritto tra utente e responsabile CD

<p>Io sottoscritto..... , utente del CD, mi impegno a rispettare le norme di convivenza sotto riportate per una più proficua funzionalità dell'attività riabilitativa, in particolare mi impegno a: frequenza; igiene e cura della persona; evitare aggressività; fumare in momenti definiti; continuità terapeutica psichiatrica; impegno nella tutela della sicurezza del gruppo; partecipazione alle attività ludico-ricreative; coinvolgimento della famiglia nel progetto terapeutico; partecipazione al gruppo terapeutico.</p>	
<p>Io sottoscritto Dott., responsabile del CD, mi impegno alla presa in carico di ...</p>	
<p>Offrendo la piena disponibilità degli operatori e della struttura alla realizzazione del programma riabilitativo, ed in particolare del progetto di preformazione nel campo ... nonché di concordare con l'utente tempi e modi di dimissione dal CD</p>	
L'utente _____	Dott. _____

Per la riuscita dell'impresa il paziente deve essere parte attiva, deve quindi poter conoscere e contrattare da subito le regole del servizio, onde decidere consapevolmente se aderire o meno al progetto. La condivisione delle regole, degli orari, della scelta del laboratorio che l'équipe di accoglienza gli propone, è il primo contatto che egli ha con il Centro Diurno e con gli operatori che lo seguiranno. E' in questo momento che si gettano le basi per un rapporto di stima e fiducia. La stima e la fiducia non sono mai date a prescindere, a scatola chiusa, sono sentimenti che si conquistano. Per poter avviare un processo di questo tipo debbono essere gli operatori a manifestare per primi stima nei confronti del paziente, che è ovviamente in una posizione di debolezza. Possiamo pensare di poter aiutare le persone che si rivolgono a noi, anche le situazioni più gravi e disperate, solo se siamo convinti che in ognuno di loro c'è una parte "sana, integra". E' quella parte che dobbiamo intuire, rafforzare e portare a "conoscenza" del paziente. E' su quella parte che lo dobbiamo aiutare ad appoggiarsi, stimolandola ed utilizzandola per il suo processo di cura. Un contratto sottoscritto da entrambe le parti, paziente e referente del Centro Diurno riequilibra il potere e ribadisce un'assunzione consapevole di responsabilità in entrambi le parti.

6.1.3 In questo lavoro non siamo soli: la famiglia e la consapevolezza di Sé

Un attore fondamentale nel progetto riabilitativo è la famiglia. Ogni Centro Diurno deve considerare necessariamente uno spazio dedicato ai familiari che sono soggetti importanti, indispensabili nella vita del paziente e che non possono essere trascurati nel suo progetto.

Come aiutarli a divenire consapevoli di Sé e delle proprie personali modalità di relazione all'interno del proprio spazio domestico? Partendo dalla conoscenza della malattia e dal senso che essa ha all'interno della famiglia.

Aiutare il familiare a partecipare al percorso di cura con la consapevolezza di esso, con la fiducia di uno sviluppo, lo aiuterà a mettere in campo la sua energia per aiutare Se stesso, l'équipe curante e il paziente a percorrere quella strada irta di ostacoli, sofferenze, fatica che è la strada verso la riacquisizione di un ruolo attivo nella famiglia e nella società; ruolo perso perché questa malattia produce facilmente cronicità. Il paziente arriva nei centri riabilitativi spesso dopo anni e anni di malattia e di isolamento.

Tabella 17 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

"Il dramma che abbiamo vissuto e viviamo tutt'ora in famiglia mi ha portato a capire quanto in passato sia stato sottovalutato il ruolo attivo e partecipe di ognuno di noi riguardo ai problemi che ci affliggono. Oggi sono cosciente che ogni membro della famiglia ha un ruolo che gioca nel quadro delle relazioni. Ogni famiglia è come un puzzle, dove ognuno ha una collocazione, ma se c'è confusione di ruoli, non c'è né armonia né arricchimento né crescita.

Ciascun membro ha un potere costruttivo e distruttivo ma i poteri non riconosciuti sono i più pericolosi.

Oggi sono abbastanza consapevole (non sempre) di qualcuno dei miei meccanismi per avere potere. Uso il silenzio, per esempio, anche se ho il dubbio che, a volte, diventi quasi un ricatto ... Oggi so, attraverso il dolore e le ferite per la malattia di mio figlio che ho delle risorse, delle forze, che spero di poter usare in maniera positiva. Ho usato il mio potere (l'ho potuto fare) per proteggere troppo i miei figli e ho permesso loro di essere fragili e indifesi (ma non troppo a pensare bene). Pensavo di avere il potere di aiutare sempre (ciò che è mancato nella mia famiglia di origine). Sono diventata invece una guardiana molto presuntuosa, accorgendomi con orrore di essere esattamente come mia madre anche se ho agito in maniera diversa ... Nostro figlio è sempre un po' teso perché deve contare su se stesso e soprattutto perde il controllo su di noi. Ma attraverso la sua ribellione e sofferenza ha avuto il potere di farci usare le nostre risorse in modo diverso e ciò ci ha reso più liberi ... Ora tante cose non dette sono state dette. Ho più fiducia in mio marito come padre. Ora siamo insieme nel dare loro sostegno. Non sempre siamo d'accordo sul come ma, ragionando o litigando, raggiungiamo dei compromessi (che bello!! Le litigate servono! Che scoperta!) Non ho più paura ...

Ora mio figlio sa che non abbiamo bisogno di lui per essere uniti, sa che il padre che credeva assente, è presente in altri modi e questo rende tutti meno aggressivi. Ci sentiamo più liberi di essere quello che siamo e quasi dei sopravvissuti con tante ferite".

Riportiamo questa testimonianza di S. quale modello di impegno e di tenacia profusi nel coinvolgere tutta la famiglia, in special modo suo marito che avrebbe voluto la moglie tutta per sé, a partecipare al progetto. La coppia è stata in grado di mettere sotto analisi il proprio modello relazionale, mettendo ciascuno in discussione se stesso, le proprie aspettative e ideali.

L'esperienza di S. e la sua capacità di condividere ciò di cui era diventata consapevole, ha aiutato il gruppo a tentare di avviare una riflessione più individuale. La tendenza nei gruppi famigliari è quella di parlare sempre e soltanto dei figli, fingendo di delegare loro ogni potere e responsabilità, relegando se stessi in luoghi periferici. Sta al nostro impegno restituire loro uno spazio sufficientemente protetto in cui potersi confrontare senza paura di giudizio.

Tabella 18 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

Siamo un gruppo di genitori di ragazzi con disagio psichico che frequentano il Centro Diurno... Partecipiamo periodicamente a riunioni dove, insieme alla responsabile del Centro e a operatori, riflettiamo sulle nostre esperienze, sui rapporti con i nostri figli, sul loro percorso terapeutico. Nelle pagine che seguono, riportiamo alcune testimonianze del nostro impegno per andare avanti e aiutare noi stessi e i nostri figli a condurre un'esistenza il più possibile "normale". Siamo consapevoli che il nostro racconto è incompleto: non è stato facile parlare delle nostre emozioni, ci sono molte cose che non siamo riusciti a dire..

Avremmo rinunciato a questa "fatica emotiva" se il racconto non ci fosse stato stimolato dai nostri figli. Infatti, l'idea di comunicare l'esperienza del Centro Diurno..... è nata dai ragazzi che frequentano il Centro. Abbiamo deciso di partecipare a questo progetto, che si basa su un'idea forte: un racconto dove gli stessi protagonisti - i ragazzi, la responsabile e gli operatori del Centro Diurno, i genitori - comunicano all'interno e all'esterno come hanno vissuto e vivono una realtà per molti aspetti sconosciuta e costellata da pregiudizi.

Non abbiamo voluto fare una analisi "scientifica" del difficile percorso, delle difficoltà, delle esperienze positive e negative che abbiamo incontrato, ma soltanto mettere in comune fra noi e raccontare come abbiamo vissuto e viviamo questa difficile realtà. I giudizi positivi o negativi su istituzioni e persone non hanno pretesa di oggettività ma sono anch'essi espressione del nostro vissuto di genitori

Avviare un processo di consapevolezza di Sé scevro da giudizi è il lavoro più arduo e doloroso che continuamente si sperimenta in questi gruppi.

Cercare di fuggire da situazioni fortemente angoscianti è umano, ma purtroppo non è attraverso la fuga che si lenisce il dolore. E non è semplice trasmettere a persone così sofferenti il concetto che soltanto attraverso un processo di consapevolezza di Sé, e cioè, attraverso la conoscenza del proprio personale e irripetibile modo di vivere i sentimenti e quindi affrontare le situazioni problematiche, che possiamo trovare un sollievo alla sopra citata angoscia. Governare la propria angoscia consente di non riversarla sulla persona malata e già questo è un grande aiuto per la gestione della malattia.

6.1.4 La consapevolezza di Sé: il coraggio di mettersi alla prova

Sulla linea dell'integrazione mente-corpo e per offrire un'esperienza di autoconsapevolezza, uno strumento utile si è rivelato la strutturazione di incontri orientati alla rimodulazione dei vissuti corporei e al riconoscimento delle dimensioni emozionali, separate dai vissuti corporei ma con questi integrati. Le persone vengono invitate a fare dei movimenti al fine di entrare in contatto con le sensazioni ed i vissuti corporei: dal fare all'essere. Aumentare la percezione del proprio corpo, sentirne ogni parte, le emozioni che possono sorgere in esso e che, se non espresse, portano alla perdita di contatto, migliora la consapevolezza e la padronanza di Sé nel mondo. Si tratta quindi di ricreare una *liaison* tra mente, corpo ed emozioni. Sono esemplificative i seguenti episodi, scritti al termine di uno di questi incontri durante i quali viene consegnato ad ogni partecipante un foglio sul quale riporterà le "Emozioni" e le "Sensazioni" esperite. Scrivere funge da contenitore rispetto alla verbalizzazione dei vissuti, nel tentativo di arginare la fuga nella mentalizzazione disorganizzata. All'inizio e poi ogni due mesi, vengono invitati a disegnare lo schema corporeo: tutto ciò per aiutarli ad entrare in contatto con la "rappresentazione di Sé". E' questo uno strumento valido per valutare il continuum di un processo di integrazione.

Tabella 19 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

"Io, mentre facevo gli esercizi mi sono sentito qualche dolore in qualche parte del corpo e mentalmente mal di testa".

"Mi sono sentito un po' più rilassato, un po' di mal di testa e qualche dolore al corpo". "Dolori alle gambe, ai glutei. Sensazione di vuoto".

Sensazioni: "Dolore alle gambe e alla schiena poi ho sentito un leggero affanno, dopo mi sono rilassato".

Emozioni: "Rabbia, confusione, gioia lo so che queste mie emozioni si contraddicono ma è dovuto all'ansia che mi porto dentro".

Testimonianza della stessa persona seguendo un percorso di un mese:

Sensazioni: "Sotto sforzo il capo e sensazione di un corpo estraneo nello stomaco".

Emozioni: "Piacere del sudore e della fatica. Emozione per il lavoro collettivo; sinergia".

Oggi i primi dieci minuti un dolore alle costole, come un corpo estraneo.

Poi respirando meglio esso si è scacciato da sé.

Una migliore percezione dell'ambiente, rispetto a una settimana fa.

Nelle presentazioni alla fine, un feeling migliore

Sensazioni: "Dopo la fatica un senso di liberazione".

Gestione del proprio corpo: maggiore disponibilità rispetto a due settimane fa.

Dolore e piacere insieme.

Propedeutica per un ritorno allo sport.

Emozioni: "Noi, un piccolo gruppo che si riunisce il venerdì pomeriggio.

Vivere meglio le proprie relazioni fra di noi.

Percezione degli altri me li rende più vicini".

Sensazioni: "Lavoro + leggero rispetto alla scorsa settimana.

Senso di svuotamento nel corpo, soprattutto nell'addome.

Respirazione: cercare di dominarla: predilezione per l'espiazione.

Mi sento abbastanza bene. In futuro cercherò di modellare meglio (anche distribuire meglio) la fatica sulle parti del corpo".

Emozioni: "Un senso di libertà corporea, di ritorno alla vita attraverso la fatica.

Emozione perché è un lavoro di gruppo.

Esperienza non nuova ma sempre edificante".

Sensazioni: "Liberazione da un senso di rigidità interna. La percezione degli altri=io=dolore nel corpo, nel tirare fuori gli elementi irrigiditi. Ogni tanto il bisogno di respirare nelle pause. Sono x 20 minuti pieni di ginnastica per ora".

Emozioni: "Si consolidano le relazioni in questo CIM.

Lavorare di pomeriggio è più gradevole".

Un gruppo così concepito non è identificabile con la psicoterapia né, tanto meno, con un gruppo terapeutico. Proprio questa particolarità fa sì che esso possa essere offerto anche come esperienza formativa per gli operatori. Gli esercizi eseguiti in gruppo possono aiutare le persone a divenire consapevoli di profonde tensioni e possono, eventualmente, motivarle ad una elaborazione più approfondita di problematiche affiorate alla coscienza.

Per l'operatore il coraggio di mettersi alla prova è rappresentato dallo sforzo continuo di creare un rapporto empatico con chi è immerso in una problematica complessa spesso angosciata; questa può portare ad atteggiamenti di chiusura, aggressività, arroganza, sospettosità soprattutto verso chi rappresenta l'istituzione, vissuta sovente come autorità invasiva, giudicante o assente. La consapevolezza dell'operatore di essere in presenza di una persona che vive una realtà distorta, che tende a perdere i confini di Sé e a identificarsi con l'altro, lo dispone alla comprensione e alla accettazione. Il mettersi in gioco contemporaneamente con diverse realtà, tutte molto complesse, comporta l'acquisizione di competenze specifiche (Hay Group le ha individuate in: comunicazione, instaurare fiducia, realizzare il progetto, trovare le soluzioni, lavorare in team) ma comporta anche il coraggio di osare. Osare pensare che restituire il diritto all'autonomia e all'indipendenza sia fattibile. L'inserimento lavorativo ne è l'esempio massimo.

L'impegno continuo è rivolto al promuovere l'inclusione, partendo dai micro-contesti quale quello di un Centro Diurno, fino ad arrivare all'inserimento lavorativo. Questo progetto è possibile soltanto se si realizza quell'alleanza che consentirà a tutti, nella piena consapevolezza della realtà di ciascuno, di concorrere al progetto di cura.

6.1.5 Consapevolezza di Sé: la declinazione della competenza

Sapere	<p>Sapere che la consapevolezza di Sé non è un processo automatico, innato, ma una capacità che si acquisisce.</p> <p>Sapere che l'uomo è un'unità psicosomatica; non si può scindere l'individuo in corpo e mente.</p> <p>Sapere che lo studio dell'uomo, soprattutto della sua sragione, non può essere oggettivo ma soggettivo. Si deve "comprendere" ogni individuo in modo personalizzato.</p> <p>Saper riconoscere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● i <u>bisogni</u> dell'individuo: esistere, avere bisogno, essere libero, essere rispettato, amare. ● i <u>diritti</u> sociali: lavoro, istruzione, casa, salute.
Saper fare	<p>Saper ascoltare.</p> <p>Avere capacità empatica.</p> <p>Saper riconoscere se stessi nell'incontro con l'altro.</p> <p>Riconoscere il linguaggio del corpo nelle sue dimensioni simboliche e concrete.</p> <p>Agire con un pensiero politico.</p> <p>Concorrere alla creazione di un progetto di vita da parte del paziente.</p> <p>Saper fare le cose senza riprodurre atteggiamenti stigmatizzanti.</p>
Sapere essere	<p>Ottimisti</p> <p>Propositivi</p> <p>Critici</p> <p>Capaci di autoanalisi</p> <p>Collaborativi nel lavoro di gruppo</p> <p>Padroni delle proprie emozioni, angosce ed aggressività</p> <p>Fiduciosi nelle risorse degli altri</p>

6.2 Empatia

Il lavoro dell'Isfol e Hay Group, mediante l'analisi *contestualizzata* dei comportamenti degli operatori dei Centri Diurni, ha dimostrato che la competenza "Empatia" si colloca tra le competenze trasversali più importanti che un operatore deve possedere per lavorare nel campo della salute mentale.

Il concetto di empatia, nella sua accezione più ampia, indica uno stato psichico caratterizzato dalla "consapevolezza dei pensieri e dei sentimenti di un'altra persona, dalla capacità di vedere il mondo come questa lo vede e di operare nel quadro di una sensibilità alterocentrica" (Dalla Volta A., 1974, p. 260).

I contributi scientifici che la psicologia ha fornito al concetto di empatia sono innumerevoli e fortemente differenti tra loro; alcune ricerche hanno evidenziato l'aspetto prevalentemente affettivo dell'empatia altri ne hanno sottolineato la componente cognitiva ed altri ancora hanno distinto gli aspetti consci da quelli inconsci.

Benché vi siano approcci teorici differenti all'empatia, i ricercatori la considerano come un requisito di base che deve essere posseduto sia da coloro che esercitano la psicoterapia (Korchin, 1976, p.805), sia da tutti coloro che lavorano nel campo delle relazioni umane.

Nei primi due paragrafi che seguono, vengono proposti alcuni contributi tratti dalla letteratura specialistica che si è occupata di empatia; nei successivi, invece, viene presentata una

declinazione della competenza empatia in relazione alle specifiche situazioni di lavoro del Centro Diurno.

6.2.1 Empatia e relazione terapeutica

Ne "La cura psicoanalitica" Kohut definisce l'empatia come la capacità "di provare ciò che un'altra persona prova, anche se ... in maniera attenuata" (Kohut 1986, p.114).

Se osserviamo una persona particolarmente alta, osserva Kohut, possiamo comprendere i correlati psicologici di questa sua caratteristica solo nel momento in cui cominciamo a sentire la sua altezza come se fosse la nostra ed iniziamo a ricordare le esperienze nelle quali ci hanno notato per qualche cosa di diverso.

La letteratura specialistica ha fornito numerose descrizioni delle funzioni che l'empatia può svolgere nell'ambito di una relazione terapeutica; nei seguenti punti proponiamo una sintesi di quelle più importanti.

1) Molti autori hanno descritto l'empatia come uno stato psicologico simile a quello di una "... identificazione di prova" (Fliess 1942 cit. da Ping Nie Pao, 1984 p. 282) che può essere utilizzata dal terapeuta per conoscere la realtà interna del paziente.

Un paziente, ad esempio, nel corso di un colloquio può raccontare una vicenda drammatica e contemporaneamente ridere durante il suo racconto. Il terapeuta può avvertire fastidio per questa incongruenza ma se riesce ad entrare in contatto empatico con le due manifestazioni contraddittorie, può utilizzare questo momento per comprendere la realtà profonda del paziente. L'incongruenza osservata nel comportamento del paziente e il vissuto di incongruenza provato attraverso l'identificazione nei due diversi aspetti del paziente possono infatti essere utilizzati come segnali che indicano la presenza di un conflitto tra diverse istanze della personalità. Il terapeuta, cioè, attraverso l'identificazione temporanea e l'osservazione clinica può raccogliere elementi per formulare una vera e propria diagnosi di tipo psicodinamico (Ping Nie Pao, 1984). Questo uso dell'empatia se da una parte è molto interessante, dall'altra presenta alcuni limiti. L'ipotesi diagnostica, infatti, si basa solo su dati soggettivi prodotti dal terapeuta e per avere una sua validità ha bisogno di essere rivista alla luce di un processo di supervisione del terapeuta stesso.

2) L'empatia viene descritta anche come uno specifico fenomeno psicodinamico che coinvolge contemporaneamente due persone e che si origina dall'incontro delle loro caratteristiche. Secondo questa ipotesi l'empatia è il prodotto "di messaggi emotivi che continuamente si trasmettono i due partecipanti, in un sistema feedback" (Ping Nie Pao 1984, p.284). In questo caso l'empatia viene descritta come elemento che segnala la presenza di una buona e produttiva relazione tra due persone; da alcuni autori viene descritta come una esperienza in cui i due membri della relazione sentono "di appartenere l'uno all'altro" (Olinick 1976 cit. da Ping Nie Pao 1984, p.285) e sentono di poter lavorare bene insieme senza prevaricazioni.

3) Altri autori evidenziano il valore "terapeutico" dell'empatia. E' stato infatti osservato che l'ascolto empatico protegge il paziente psicotico dal "panico organismico" (Ping Nie Pao 1984, p.177) prima ancora che vengano realizzate altri tipi di interventi terapeutici.

Il valore di "fattore terapeutico non specifico" (Pancheri, Paparo 2006) dell'empatia è stato riconosciuto, anche dalla ricerca sperimentale che ha dimostrato una correlazione positiva tra approccio empatico del medico verso il paziente ed effetto placebo del farmaco (Pancheri, Brugnoli 1999).

Relazioni positive tra approccio empatico e processi di guarigione sono stati riscontrati anche rispetto alle psicoterapie e alle terapie di tipo comunitario.

La relazione empatica sembra quindi che si configuri come uno dei tanti fattori che contribuiscono al cambiamento psichico di una persona.

6.2.2 Empatia e relazione tra paziente e operatore

L'operatore di un Centro Diurno trascorre molto tempo con il paziente per svolgere con quest'ultimo differenti tipologie di attività che a loro volta attivano diverse tipologie di esperienze relazionali.

L'operatore, ad esempio, può condividere con il paziente attività di tipo pedagogico, formativo, ludico o terapeutico e svolgere per ognuno di questi differenti momenti diverse funzioni psicologiche (Ferraresi 1972).

Ogni relazione che avviene tra paziente e operatore possiede una importanza particolare perché quanto più è nuova o comunque qualitativamente diversa da quella che il paziente ha sperimentato nel corso della sua vita (Razzini 1988, p.202) tanto più è probabile che attivi processi di cambiamento; a nuove esperienze relazionali possono infatti corrispondere nuove percezioni di sé.

Possiamo considerare la relazione come uno dei principali "strumenti terapeutici" di cui l'operatore dispone per lavorare.

Sappiamo, inoltre, che il paziente usa "la relazione personale" (Zapparoli 2008, p.143) per entrare in rapporto con l'altro ma che la mantiene solo se vede che le sue soluzioni esistenziali non vengono attaccate o messe in discussione dalla relazione stessa.

Per maneggiare lo "strumento relazione" è quindi importante conoscere i bisogni di un paziente e le modalità con cui entra solitamente in contatto con l'altro.

Nei punti successivi descriviamo alcune situazioni relazionali che più frequentemente si verificano e che richiedono empatia per essere gestite.

1) I pazienti che soffrono di disagi psichici gravi provengono da una lunga storia di eventi che hanno minacciato o danneggiato gravemente la loro salute mentale e fisica.

Questi pazienti, poiché hanno spesso il timore di essere ulteriormente danneggiati, (Garcia Badaracco 1997, p. 44), tendono a dedicare gran parte della loro esistenza alla costruzione di difese psichiche che li possano proteggere da nuovi eventi nocivi. I comportamenti che noi osserviamo (sintomi, comportamenti "bizzarri" o rigidi, pensieri angosciosi, atteggiamenti rinunciatari ecc.) rappresentano, di solito, la migliore soluzione adattiva che il paziente ha potuto trovare per convivere con il ricordo del trauma e la paura che esso si ripeta (Ping Nie Pao 1984, p.183).

Quando un nuovo evento si affaccia nella vita di un paziente, questi cerca di adattare la sua struttura difensiva alla nuova condizione; ad esempio un paziente può adattarsi ad un nuovo assetto dei rapporti familiari, una nuova attività riabilitativa, un nuovo lavoro o una nuova emozione percepita.

Può capitare, però, che il nuovo evento "spaventi" troppo il paziente e che le soluzioni adattive che individua non siano sufficienti a contenere la paura che si può trasformare "panico

organismico"; in queste situazioni noi assistiamo ad una "fuga" improvvisa del paziente da un percorso o da un evento che ad un osservatore esterno potrebbe apparire come del tutto innocuo.

In queste situazioni l'operatore, prima ancora di comprendere le motivazioni profonde che portano il paziente a "fuggire", è chiamato ad essere empatico con la "giusta" resistenza che il paziente manifesta verso il nuovo evento.

2) Il paziente che ha vissuto relazioni traumatiche nel corso della sua vita a volte non può o non vuole "riflettere" sulla sua storia; il paziente ha bisogno di cancellare, sedare, dimenticare l'esperienza; a volte preferisce il farmaco o l'agito alla elaborazione psichica perché quest'ultima potrebbe aprire ferite troppo dolorose da sostenere (Correale 1999, p.178).

In questi casi il paziente agisce come se fosse sempre presente la minaccia ed ogni suo comportamento è sempre finalizzato al controllo di un evento dannoso (Garcia Badaracco 1997).

Tabella 20 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

M. un paziente con un grave disturbo di personalità, aveva subito nel corso dei suoi primi 10 anni di vita gravissimi abbandoni: era stato infatti lasciato prima dai suoi genitori biologici e dopo dai genitori adottivi. Ridottosi al vagabondaggio chiedeva quotidianamente ai servizi una molteplicità di cose: "compagnia, affetto, cibo e denaro ecc. ecc."

I servizi realizzarono per M. un progetto che rispondeva ai suoi bisogni ma ogni qualvolta gli si chiedeva di aderire all'iniziativa scompariva nel nulla e a volte lasciava addirittura la città.

Questo suo comportamento scatenò negli operatori inizialmente rabbia, poi delusione ed infine disinteresse.

Molto probabilmente M. con il suo comportamento, se da una parte perdeva continuamente la possibilità di avere "un tetto, una minestra e un po' d'affetto" dall'altra si difendeva sapientemente dal rischio di soffrire nuovamente per una perdita.

Certamente qui sono chiamate in gioco diverse competenze dei servizi e degli operatori, ma forse la competenza empatica è quella che permette di accogliere le ambivalenti richieste di aiuto.

3) Il paziente a volte presenta ai servizi richieste di aiuto che sono in conflitto tra loro e che sono presentate con atteggiamenti pretenziosi, altezzosi o svalutanti.

Rispondere a questo tipo di richieste è difficile perché molto spesso pongono problemi che non hanno soluzione.

Ad esempio un paziente può chiedere di fare qualcosa per renderlo autonomo senza esporlo alle fatiche che la stessa autonomia inevitabilmente procura.

Un giorno un paziente disse: "... voglio lavorare e vivere con i miei soldi, non è giusto che viva con quelli dei miei genitori; ... cercatemi un lavoro alle Poste ma solo quelle che sono più vicine a casa mia. Voglio un lavoro part time perché devo mangiare a casa! Vi do una settimana di tempo per trovarmelo! Altrimenti niente, vuol dire che siete degli incapaci e che mi state prendendo in giro!"

Come costruire una collaborazione a partire da questa posizione del paziente? A quali emozioni interne andiamo incontro di fronte a questa posizione che risulta impermeabile ad un approccio razionale e che suscita negli operatori una risposta di antipatia "epidermica ed incontrollabile"?

Queste posizioni del paziente interferiscono con la "comprensione empatica" (Ping-Nie Pao 1984, p.14) e richiedono un grosso sforzo da parte dell'operatore che deve rispondere senza rimandare eccessive dosi di aggressività reattiva.

L'empatia, l'immaginazione e la flessibilità sembrano essere le uniche competenze che permettono all'operatore di raccogliere la sfida del paziente che chiede l'impossibile e che non può ragionare sul piano simbolico.

Nel caso dell'esempio venne accettato il piano concreto della domanda e avviata insieme al paziente una ricerca su internet nel rispetto della sua richiesta.

Questo lavoro procurò al paziente diversi momenti di delusione e di rabbia, perché non diede i risultati sperati, ma creò uno spazio-tempo all'interno del quale fu possibile svolgere un lavoro di mediazione tra illusione e disillusione (Zapparoli, 1992) tra dipendenza e autonomia. Il paziente, infatti, chiedeva di essere contemporaneamente adulto e bambino, libero da un rapporto simbiotico e protetto dalla simbiosi.

La richiesta impossibile, a volte, ci segnala il bisogno del paziente di rimanere su di un piano immaginario perché ha paura di cambiare o di sperimentare nuovi aspetti della vita. Questa condizione si può ad esempio osservare quando un paziente manifesta il suo "amore" verso una persona che non corrisponde il suo affetto o quando richiede di svolgere lavori per i quali non ha competenze.

Prima di aiutare un paziente a realizzare il suo progetto è quindi opportuno accertarsi delle reali sue risorse cognitive ed affettive.

4) Alcuni pazienti manifestano il bisogno di esercitare un controllo onnipotente sulla relazione con altro; il paziente deve controllare tempi, spazi, modalità di rapporto e argomenti che debbono essere trattati.

Il paziente, chiede all'altro di "esserci" ma con una posizione di "astensione", di "attesa", di "sospensione" perché ha "bisogno di un oggetto inanimato" (Ping-Nie Pao, 1984; Zapparoli, 2002, p.103).

Questo tipo di relazioni permettono al paziente di proteggersi da tutte le implicazioni affettive che una relazione comporta, in modo particolare da quelle che riguardano la paura di essere distrutto, invaso e colonizzato dall'altro.

Per gestire questo tipo di bisogno è opportuno che inizialmente l'operatore non richiami il paziente al rispetto delle normali regole della reciprocità relazionale.

5) In alcune situazioni il paziente manifesta, invece, il bisogno di ricevere aiuto senza dipendere dalla persona che lo offre. E' come se il paziente avesse bisogno di "prendere" senza riconoscere di aver ricevuto, riconoscere cioè, una dipendenza dall'altro che "possiede" e che "dà".

Questa posizione emotiva da alcuni autori viene definita come il bisogno di vivere in uno "stato illusorio di onnipotenza" (Zapparoli 1998, p.91) .

L'operatore in queste situazioni è esposto al rischio di grosse frustrazioni perché il lavoro che svolge per il paziente non è, da quest'ultimo, "remunerato" sul piano affettivo; il paziente, cioè, non mostra e probabilmente non prova gratitudine.

Questa situazione può produrre nell'operatore un forte senso di svuotamento e di rabbia; se quest'ultima è agita e non elaborata in forme che possano essere restituite allo stesso paziente si distrugge il rapporto terapeutico senza alcun vantaggio per nessuno dei due membri della coppia.

6) Molti pazienti per compensare uno stato di grave angoscia e impotenza adottano difese psichiche primitive che permettono di costruire visioni alternative della realtà. Questi pazienti manifestano, a volte, un vero e proprio bisogno di vivere in un "mondo illusorio" (Zapparoli 2002, p.94) che distorce la realtà. Questa particolare condizione può condurre il paziente in situazioni di rischio che devono essere valutate con estrema attenzione da operatori esperti. In alcuni casi è opportuno intervenire con strumenti diretti come ad esempio il ricovero, ma in altre è possibile ricercare insieme al paziente delle strategie alternative per sostenere l'impotenza di cui non è cosciente.

La relazione ottimale, specialmente nelle fasi iniziali del rapporto, è quella che alcuni autori definiscono "debole", cioè una relazione che non mette in crisi in maniera irreversibile la costruzione del pensiero del paziente (Di Cesare et al.1988, p.117).

Osserva Zapparoli: "alla certezza paranoidea siamo ...soliti contrapporre la nostra certezza di persone convinte di poter aiutare il paranoico a ridurre l'onnipotenza; utilizziamo tuttavia mezzi basati molto sulla nostra certezza e molto poco sul dubbio, di conseguenza si interrompe il dialogo con il paziente ... le cui esigenze si risolvono in una imposizione" (Zapparoli, 2002 p.99).

7) Il paziente, a volte, vorrebbe avere una disponibilità totale dell'operatore con il quale si "trova bene", ma questo suo desiderio si "scontra col riconoscimento dell'operatore come professionista"; l'operatore infatti c'è ma è presente in forma limitata perché non è un amico, un genitore, un amante ecc. ecc.

In queste situazioni può nascere quella che Correale definisce una "interdipendenza eccitante e dolorosa" (Correale 1999, p.196) che mette a dura prova il rapporto.

Il paziente infatti può vivere la frustrazione del limite con rabbia e attaccare l'operatore che non è disponibile nella forma e quantità di tempo desiderata.

L'operatore in questi casi si sente inadeguato, arrabbiato e prova un senso di frustrazione che lo può portare ad allontanarsi dallo stesso paziente. Anche in questi casi l'empatia è chiamata a giocare un ruolo importante, perché deve entrare in contatto con un profondo e inesauribile bisogno di contenimento e affetto.

8) Le manifestazioni di rabbia o i comportamenti distruttivi del paziente possono avere anche

la funzione di controllare il piacere; la condizione di piacere o comunque di benessere, infatti, è una condizione limitata nel tempo, soggetta a finire e destinata a provocare frustrazioni dopo la sua estinzione. La vita condotta nella "costanza del dolore" (Zapparoli 2008, p.106), invece, non procura il dolore della perdita e, paradossalmente, da più certezze.

Tabella 21 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

M. era stato allontanato da tutti i servizi del DSM e dalla sua famiglia a causa del suo comportamento minaccioso che prendeva origine da un delirio paranoico. Quando entrò nel Centro Diurno si propose con i suoi soliti atteggiamenti minacciosi perché si sentì subito deriso ed escluso.

Nel giro di pochi mesi tutti i pazienti presero le distanze da M. e quest'ultimo confermò la sua tesi paranoica.

Gli operatori, dopo un lungo lavoro di osservazione, decisero di "difendere" M. dalle "derisioni" attraverso piccoli accorgimenti che erano costituiti da cuscinetti relazionali tra M. e i compagni. Il cuscinetto, in modo particolare, era costituito da operatori che aiutavano continuamente M. a rileggere il significato dei contenuti affettivi veicolati dalle relazioni.

La paura di M. di essere aggredito o deriso veniva, cioè, contenuta con la presenza di un operatore che garantiva concretamente "la sicurezza" e che fungeva da "io ausiliario".

Questa soluzione del Centro Diurno diminuì in modo apprezzabile la visione persecutoria della realtà. Vista la buona risposta a questo "programma di protezione", gli operatori accettarono la richiesta di M. che voleva partecipare a un soggiorno estivo.

Durante la vacanza M. si dimostrò collaborativo, simpatico, generoso, insomma un buon compagno di viaggio. Come tutti i suoi amici tornò alla fine della settimana a casa la sera verso le 20.00 ed il giorno dopo si presentò al Centro Diurno alle 9.00; appena entrato iniziò a provocare ed insultare operatori e pazienti con una tale forza che in più momenti si rischiò la "zuffa".

La bella e importante esperienza era scomparsa nel nulla e venne recuperata solo per brevissimi momenti come una esperienza buona.

Il paziente, infine, può manifestare comportamenti aggressivi per stabilire delle relazioni (Zapparoli, 2002) o per vendicarsi dei torti subiti. In questa ultima situazione il paziente diventa cronicamente rivendicativo, provocatorio e formula continue richieste di "risarcimento" dei danni subiti (Zapparoli 2002, p.108).

6.2.3 Empatia e famiglia

Alla maggior parte dei trattamenti terapeutici riabilitativi di pazienti gravi è opportuno affiancare un lavoro con la famiglia perché in tal modo si può contenere la sua conflittualità interna, che è fattore di rischio per le crisi e le ospedalizzazioni. (Gittelman 1998; Sacchetti, 1999; Cocchi 2004).

Gli approcci alla famiglia che sono stati studiati in questi anni sono molteplici e oggi possiamo trovare, accanto alla psicoterapia della famiglia, moltissime altre forme di intervento come ad esempio quelle centrate sulla informazione, sul supporto, sulla educazione e sull'auto aiuto.

Tutte queste modalità di lavoro hanno una loro documentata efficacia che possiamo trovare sia nell'ampia letteratura specialistica sia nei resoconti esperienziali degli operatori della salute mentale.

Un fattore che incide sugli equilibri della famiglia e che molto spesso sfugge a una riflessione sistematizzata è costituito dai numerosi contatti informali che i suoi membri hanno con gli operatori della struttura.

Durante il lavoro abilitativo, infatti, sono frequenti gli incontri tra familiari, pazienti e operatori, in occasioni di telefonate, comunicazioni di servizio, feste, riunioni, manifestazioni, ecc..

In ognuno di questi incontri si trasmettono tra i diversi soggetti importantissime definizioni della relazione e l'operatore molto spesso si trova al centro di un complesso crocevia relazionale.

Le situazioni che più frequentemente incontra nel corso del suo lavoro possono essere riassunte nei seguenti casi.

1) Le famiglie dei pazienti che sono inseriti nel Centro Diurno sono solitamente molto affaticate, stanche, logorate da una storia che è stata piena di difficoltà e di drammatiche vicende.

Quando un operatore stabilisce un contatto con la famiglia, può accadere che quest'ultima lo utilizzi come punto di riferimento per risolvere problemi che non riguardano il paziente. Questa situazione sovraccarica emotivamente l'operatore che si trova costretto a sostenere contemporaneamente più problemi.

In questa situazione verso quale membro della famiglia occorre essere empatici? Certamente chi si occupa di un paziente non dovrebbe occuparsi direttamente dei genitori o di altri familiari.

L'empatia in questi casi deve servire per comprendere una situazione complessa e per accompagnare ogni membro della famiglia verso un altro referente che può essere individuato tra i colleghi.

2) In alcune famiglie sono presenti legami patologici (Garcia Badaracco 1989, p. 112) che rendono conflittuali le relazioni tra i suoi membri. L'operatore che entra in contatto con il sistema famiglia entra quindi in contatto con un insieme di bisogni specifici che appartengono sia al singolo individuo che all'intero nucleo familiare. In queste situazioni può essere difficile "accogliere", "ascoltare", "comprendere" i diversi vertici di osservazione.

In alcune situazioni un operatore con il proprio comportamento o con le proprie scelte può produrre inconsapevolmente crisi perché si inserisce in un gioco di dinamiche profonde che non è facilmente visibile; queste crisi possono interessare sia l'equilibrio di un solo membro della famiglia che dell'intero nucleo (Garcia Badaracco, 1989) e non sempre producono cambiamenti evolutivi. E' opportuno quindi sviluppare empatia verso più sistemi (intrapsoichico, di coppia e familiare) e coordinarsi con i colleghi per contenere gli sviluppi complessi di un cambiamento.

3) La prolungata condivisione del tempo, degli spazi e delle emozioni con i pazienti può condurre l'operatore a sentirsi "il genitore" del proprio paziente e a "dimenticare" che quest'ultimo ha una propria famiglia con proprie abitudini e valori.

Nel rapporto quotidiano con il paziente occorre quindi considerare che sono sempre presenti due storie relazionali importanti che orientano gli scambi affettivi:

a) la storia della relazione che il paziente ha con la sua famiglia, una storia lunga e che ha un peso importante nell'organizzazione psichica del paziente;

b) la storia che il paziente ha con la struttura e l'operatore, una storia più recente ma molto importante perché spesso ha attivato cambiamenti.

Il rischio che si verifichino, tra le due condizioni affettive, pericolosi fenomeni di squalifica, competizione o delega è sempre molto alto e nel caso in cui si manifestano delle incongruenze eccessive si possono creare inutili situazioni di crisi o confusione.

L'operatore e il servizio devono quindi svolgere un continuo lavoro d'integrazione delle due diverse storie relazionali in modo tale da garantire una certa "continuità" tra i due spazi relazionali.

Questa continuità, che può essere più o meno forte, permette inoltre di favorire la nascita di fenomeni di collaborazione tra le risorse della famiglia e quelle del Centro Diurno.

La preventiva "mappatura dei poteri" (Zapparoli 2002) e dei bisogni di ogni soggetto coinvolto nel lavoro con il paziente (paziente, famiglia e istituzione) permette sia di capire come svolgere il lavoro di mediazione empatica sia di comprendere come costruire una continuità tra gli spazi vitali.

4) I familiari che accompagnano i pazienti molto gravi al Centro Diurno hanno frequenti e informali contatti con gli operatori e spesso chiedono informazioni sull'andamento del congiunto.

Questa richiesta non può e non deve essere sempre soddisfatta, ma in alcuni casi può essere trasformata in un'occasione per costruire una continuità emotiva, una presa in carico globale, una corresponsabilità tra il lavoro della famiglia, il lavoro del Centro Diurno ed il lavoro dello stesso paziente.

La famiglia, infatti, conoscendo "cosa fa il paziente" dentro il Centro Diurno (quale lavoro svolge, quali bisogni porta) ha più strumenti per immaginarlo e per riprodurre in casa esperienze simili.

La partecipazione del familiare alla vita della struttura e ai gruppi di auto aiuto è stata adottata con risultati importanti anche in alcune comunità terapeutiche al fine di creare continuità relazionali ed occasioni per intervenire direttamente sulle dinamiche patologiche tra familiare e paziente (Garcia Badaracco 1989, p.113) .

La condivisione con la famiglia degli eventi che accadono dentro il Centro Diurno e che riguardano il paziente presenta, però, il rischio di inibire eventuali processi di crescita e separazione del paziente.

In questo caso l'operatore è chiamato a riflettere sul grado ottimale di apertura che il Centro Diurno deve lasciare alla famiglia.

Una caso completamente diverso è invece quello in cui i pazienti cercano nel Centro Diurno uno "spazio privato", al riparo dalle intrusioni dei genitori.

Tabella 22 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

Un paziente, decise di mettere dei confini tra sé e la madre rifiutandosi di riferirgli i tempi e le modalità del suo impegno all'interno del Centro Diurno.

La madre, sentendosi esclusa da questa esperienza, iniziò a chiedere notizie agli operatori ma, non ottenendole, iniziò a pensare che il Centro Diurno non era in grado di curare e impegnare il figlio: attaccò quindi l'intero servizio sostenendo le tesi che gli "operatori erano sfaticati e poco capaci di lavorare".

Con il trascorrere degli attacchi l'orgoglio professionale degli operatori venne messo a dura prova e nacque nel servizio il bisogno di arginare le continue squalifiche della madre dimostrando a quest'ultima tutto il lavoro che era stato svolto; gli operatori, però, si resero conto che in tal modo sarebbero andati contro i bisogni del paziente.

Questa situazione di stallo creò nel Centro Diurno un atteggiamento di insofferenza sia verso il paziente, che faceva apparire il servizio come un luogo povero di iniziative, sia verso la madre che squalificava gli operatori.

L'équipe permise agli operatori sia di contenere la loro rabbia per l'orgoglio ferito sia di formulare delle ipotesi sul significato del comportamento del paziente. Quest'ultimo sembrava muoversi tra la ricerca di uno spazio dentro il Centro Diurno che lo difendesse dalla madre invasiva, il bisogno di ricevere la protezione della madre e forse il bisogno di essere ritirato dal Centro Diurno ad opera della madre.

Quando vennero esplicitati al paziente i suoi bisogni ed il fatto che il servizio era stato messo sotto "scacco" dalla madre, il paziente scoppiò in una risata liberatoria che forse segnalava l'ammissione di tutta la sua sofferenza ed ambivalenza.

5) Nei casi di disagio psichico grave molto spesso il paziente è in carico ad una pluralità di soggetti o di servizi. Affinché non si verifichino dannosi fenomeni di interferenza tra i singoli progetti è spesso necessaria una figura che coordini le risorse e le singole professionalità.

Questa funzione, in alcuni sistemi sanitari, è ricoperta da una apposita figura istituzionale, il "case manager" (Anthony W., Liberman R.P.; Baker 1997). In Italia, come in altri paesi, questa funzione a volte viene svolta in modo informale (AAW Psycho Rescue 2008) dai familiari che veicolano informazioni da un operatore ad un altro, mediano tra soluzioni terapeutiche troppo diverse tra loro, ricercano risorse alternative e così via. I familiari che svolgono questo tipo di attività permettono di risolvere molti problemi, alleggeriscono il lavoro degli operatori ma il loro impegno presenta alcune controindicazioni perché possono interferire in modo negativo sulla vita del paziente. Se, ad esempio, un genitore intrusivo svolge il ruolo informale di "case manager", molto probabilmente le difficoltà di separazione-individuazione del figlio aumenteranno perché crescerà il numero delle aree controllate dal genitore stesso. Prima di lasciare alla famiglia la funzione di "case manager" è opportuno, pertanto, che l'operatore preveda le possibili ripercussioni che si potrebbero avere sullo stesso sistema famiglia; il rischio che si sviluppino pericolose collusioni tra istituzione e famiglia, ai danni del paziente, è infatti sempre molto elevato.

6.2.4 Empatia e contesti di lavoro: l'inviante, i colleghi, l'équipe

Per creare un sistema di cura che fornisca risposte integrate tra di loro, l'operatore è chiamato continuamente a condividere le sue azioni professionali con una molteplicità di colleghi o di servizi. Sostenere quotidianamente questa molteplicità di relazioni, come tutti ben sanno, è

molto impegnativo perché significa interagire con colleghi e organizzazioni istituzionali molto diverse tra loro. Anche in questo caso è necessario utilizzare la competenza empatica, perché è proprio attraverso di essa che è possibile comprendere il punto di vista dell'altro collega-servizio e quindi avviare la collaborazione.

Proponiamo nei seguenti punti una piccola rassegna dei fenomeni più ricorrenti che si verificano nel rapporto tra colleghi o servizi durante la gestione di "casi comuni".

1) Nel lavoro con pazienti gravi il carico emotivo al quale un singolo operatore o un intero servizio sono esposti può essere molto alto. In queste situazioni si possono verificare condizioni di saturazione emotiva che si manifestano con vissuti di impotenza, confusione, paura, rabbia, noia, stanchezza. Le difese che vengono adottate per far fronte a questo disagio solitamente portano il singolo operatore o il servizio ad allontanare il paziente mediante un invio, ad un'altra area dello stesso servizio o ad un'altra struttura esterna.

Questo tipo di invio avviene con tempi veloci e frequentemente crea grosse conflittualità, con chi accoglie, perché non vi è il tempo necessario per creare un adeguato spazio fisico e mentale per il nuovo arrivato.

Anche in questi casi è chiamata in gioco la competenza empatica dell'operatore o dell'intero servizio che accoglie; se infatti la delega viene gestita con modalità espulsive simili a quelle dell'inviante, è molto probabile che si procuri un ulteriore danno paziente.

La delega di un paziente può verificarsi anche quando la rete dei servizi psichiatrici possiede gravi carenze di risorse (Rossi 1988) o quando non ha ancora maturato una reale comprensione del valore clinico del lavoro condiviso in *setting* dislocati sul territorio.

Nel caso di fenomeni di delega maturati nell'ambito di una carenza strutturale di risorse occorre avere buon senso e ricercare, tra gli strumenti a disposizione, la soluzione meno dannosa.

Tabella 23 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

Un giorno S., una ragazza minorenni e che non aveva una patologia psichiatrica, decise di ritornare nella sua famiglia dopo un lungo periodo di separazione. L'incontro fu drammatico; S. infatti trovò una famiglia devastata e devastante e soprattutto si trovò senza alcun punto di riferimento. Il CSM di zona accolse S., la sostenne e l'aiutò a prendere importanti decisioni ma poi, non avendo altri strumenti per intervenire, la inviò al Centro Diurno.

La struttura accolse S. benché non possedesse nessuno dei requisiti per essere inserita.

Dopo alcuni colloqui nei quali venne chiarito alla ragazza che la sua permanenza al Centro Diurno sarebbe stata temporanea, S. venne inserita in attività che valorizzavano le sue capacità. In poco tempo si inserì bene nella struttura e condivise, con altri pazienti molto più gravi di lei, tante ed intense esperienze; rimase nel Centro Diurno per otto mesi e poi decise di lasciarlo in favore di un progetto più idoneo per lei.

2) Nel punto precedente abbiamo visto come la relazione tra colleghi o servizi possa essere caratterizzata da fenomeni di delega. In altre situazioni possiamo trovare, invece, fenomeni in cui il singolo operatore o il suo servizio prendono totalmente in carico il paziente escludendo ogni forma di collaborazione con altri colleghi o servizi.

I meccanismi che portano a stabilire questo tipo di relazioni sono molto complessi e la maggior parte di essi traggono le loro origini da una collusione tra gli aspetti onnipotenti del paziente e quelli dell'operatore o del servizio.

Un paziente, ad esempio, per avere molte attenzioni può essere con alcuni operatori molto generoso e in tal modo attivare un circolo vizioso in cui "più dà, più riceve".

In questo caso è interessante notare il fatto che il paziente riesce ad attivare il suo circuito vizioso attraverso una scissione degli operatori in "buoni" e "cattivi" e attraverso i conseguenti processi di identificazione che gli operatori fanno con i ruoli attribuiti dal paziente.

Sul piano fenomenologico-comportamentale possiamo osservare operatori che si identificano in ruoli onnipotenti e autarchici - "Noi siamo generosi e siamo gli unici che possiamo aiutare il paziente" - e pazienti che svalutano alcuni servizi: "Da quelli non ci vado perché non sono bravi come voi".

Questo tipo di scissione può produrre una pericolosa saldatura del rapporto tra paziente-servizio, perché vi può essere il rischio che il paziente escluda, con la complicità dei suoi operatori "buoni", (Carozza 2003, p.218) la possibilità di utilizzare tutte le altre risorse che sono presenti all'interno del sistema di cura.

In questi casi la posizione empatica dell'operatore verso gli aspetti onnipotenti e idealizzanti del paziente può orientare l'operatore stesso nella ricerca di quei fattori che lo spingono a proporsi come unica e onnipotente figura di riferimento.

3) La terza situazione critica è rappresentata dal conflitto che nasce tra gli operatori quando il materiale clinico osservato da ognuno di essi è talmente eterogeneo che diventa difficile ricomporlo in una visione unitaria del paziente.

La causa di questo fenomeno può essere rintracciata sia nei differenti criteri di osservazione clinica adottati, sia nel paziente stesso che può aver presentato aspetti diversi di sé.

Un paziente, ad esempio, può dimostrare ad un operatore di essere "puntuale" e ad un altro di essere "inaffidabile".

Questi atteggiamenti manifesti così diversi molto spesso derivano da una ambivalenza interna che viene trasferita all'esterno e che procura, proprio per la sua ambiguità, conflitti tra chi la osserva.

Se analizziamo le scissioni del gruppo degli operatori e le animate discussioni che ne derivano si può notare, infatti, che queste ultime corrispondono proprio agli aspetti ambivalenti del paziente (Searles 1974; Hinschelwood, 1989).

I conflitti tra gli operatori che derivano dalla ambivalenza del paziente possono quindi essere assunti come degli utili indicatori della presenza di grandi difficoltà.

Anche in questo caso è pertanto importante possedere una competenza empatica che permetta di analizzare le caratteristiche della conflittualità con i colleghi.

Correale osserva: "... il campo costituito dalle emozioni del paziente e del suo gruppo tende

a plasmare, a costituire, ad indurre nella équipe un campo in qualche modo corrispondente, secondo leggi e regole che solo in parte ci sono conosciute ... l'indagare la disposizione delle figure coinvolte nella équipe, la loro modalità di coinvolgimento ... diventa quindi un modo per indagare il campo originario del paziente " (Correale 1999, p.113).

Nell'esempio riportato prima il campo originario del paziente è stato indagato avviando un gruppo che aveva lo specifico compito di "amalgamare" le rilevazioni dei bisogni della paziente fatte da operatori, fratelli, paziente e assistenti.

6.2.5 Empatia e fenomeni di gruppo all'interno della istituzione

Tutti gli autori che si sono occupati di strutture semiresidenziali e residenziali concordano sul fatto che tra i fattori che facilitano il cambiamento degli ospiti vi sono fattori aspecifici correlati con la "atmosfera" che vi è all'interno della struttura.

Per comprendere meglio questo fenomeno, molto difficile da descrivere nei suoi elementi costitutivi, è possibile fare riferimento alla nostra esperienza quotidiana ed in modo particolare al momento in cui entriamo in un gruppo di persone.

In questi istanti noi abbiamo un livello di vigilanza molto elevato perché dobbiamo analizzare il nuovo ambiente e tra i tanti stimoli che registriamo spesso ve ne sono alcuni che riguardano il cosiddetto detto "clima emotivo" della situazione, clima che può facilitare o inibire il nostro comportamento.

I fattori che contribuiscono a determinare il clima del gruppo sono molteplici (Asch 1989) e i diversi approcci teorici hanno di volta in volta evidenziato il peso che giocano gli elementi ambientali (arredi, colori, spazi, ecc. ecc.), le caratteristiche psicologiche dei singoli individui che appartengono al gruppo, la storia, le regole, il patrimonio culturale, ideativo, linguistico e i comportamenti collettivi "affettivizzati" del gruppo (Jaques 1994; Hinshelwood 1989, Correale 1999).

Correale evidenzia la presenza di "fenomeni transindividuali, cui gli individui e gli eventi stessi continuamente contribuiscono" (Correale 1999, p.48) e di un "campo istituzionale" (Correale 1999) che orienta il comportamento dei singoli individui e del gruppo stesso.

Il clima del Centro Diurno, come quello di qualsiasi altra istituzione, è quindi determinato da una molteplicità di elementi a cui si sommano quelli specifici della struttura che, come abbiamo visto, sono rappresentati da un insieme molto eterogeneo di attività, figure professionali e relazioni.

La presenza dentro un Centro Diurno, ad esempio, di un coro, di un gruppo di psicoterapia, di una cooperativa di lavoro e di una riunione di cittadini del quartiere evoca contemporaneamente differenti dimensioni istituzionali e "atmosfera" come quella "ludica", quella "terapeutica", quella "lavorativa" e quella "sociale".

Questo specifico clima del Centro Diurno permette al servizio di essere duttile e adattabile ai bisogni dei pazienti molto gravi. In modo particolare il clima del Centro Diurno può facilitare i seguenti processi.

Effetti del clima del Centro Diurno sulla avvicinamento del paziente alla struttura

Il clima del Centro Diurno determinato dalla presenza di più attività e figure professionali

può far sentire al paziente che può usufruire all'interno della struttura di un ampio ventaglio di attività: alcune di queste sono simili a quelle che possono essere svolte all'esterno presso altri luoghi di lavoro, formazione o divertimento come ad esempio in un comune laboratorio artigianale, in una scuola o in un centro ludico ricreativo. Altre attività possono, invece, apparire come più simili a quelle che si possono svolgere presso altri servizi terapeutici del Dipartimento di Salute Mentale come ad esempio in Casa Famiglia, nel Centro di Salute Mentale o in SPDC; vi sono infine attività che si collocano al confine tra le due precedenti perché contengono caratteristiche di entrambe come ad esempio quelle attività "normali" che vengono svolte con l'ausilio del personale sanitario, ad esempio una gita fatta con gli operatori.

Questa ampia gamma di attività, che si sviluppa su di un continuum ai cui estremi troviamo rispettivamente la massima e la minima connotazione terapeutica dell'attività può permettere al paziente, che non ha consapevolezza di malattia, di avvicinarsi alla struttura identificandosi nella parte di servizio che sente più vicino a se stesso.

Effetti del clima del Centro Diurno sulla sintomatologia

La presenza di un clima empatico che si diffonde in tutti gli ambienti e le attività del Centro Diurno può facilitare alcuni processi di contenimento della sintomatologia anche se questa è di una certa gravità e persistenza.

Non è raro osservare, infatti, il comportamento di alcuni pazienti che quando entrano nel Centro Diurno riescono a riguadagnare un certo equilibrio psichico, o viceversa, pazienti che entrano in crisi quando nel Centro Diurno è presente una "atmosfera elettrica".

La qualità dell'atmosfera incide anche sul processo di accoglienza di nuovi pazienti; vi sono molti di essi, infatti, che non hanno ancora elaborato una specifica domanda di aiuto ma che decidono di rimanere all'interno della struttura perché provano "simpatia per il posto".

Per questi pazienti sembra che sia più importante il contatto positivo con il clima della struttura piuttosto che il rapporto con i singoli operatori. La qualità del clima è inoltre molto importante per tutti quei pazienti che temono la relazione sociale e che quindi possono vivere la socialità solo a distanza stando ai margini di un gruppo.

Effetti del clima del Centro Diurno sul territorio

Quando un Centro Diurno è fortemente radicato nella comunità locale e svolge le sue attività in modo continuativo in spazi del territorio è molto probabile che il clima produca dei fenomeni di contagio positivo anche negli ambienti circostanti.

I valori che orientano l'agire quotidiano del Centro Diurno, l'atteggiamento degli operatori e dei pazienti vengono in qualche modo assorbiti anche da soggetti esterni alla struttura. E' noto a tutti che i bar, i negozi, i supermercati che stanno vicino alle nostre strutture manifestano un atteggiamento diverso verso la diversità ed è altrettanto noto che i pazienti "affettivizzano" il quartiere, le piazze e i negozi che insistono nella zona del Centro Diurno.

Questi effetti del clima, non sempre facilmente visibili, rendono i luoghi e gli abitanti di quei luoghi diversi e l'intera area acquista una rilevanza particolare per la vita dei pazienti. Alcuni di essi, ad esempio, quando sono in crisi si "rifugiano" in bar, negozi e vie che hanno un legame con il servizio.

Effetti iatrogeni del clima

Il clima del Centro Diurno, come quello di ogni istituzione, può avere anche degli effetti dannosi sulla salute mentale dei pazienti e degli operatori.

I fattori che possono creare un clima iatrogeno sono simili a quelli, ampiamente studiati, per le istituzioni totali; dietro ogni singolo atto, ogni singola attività od organizzazione (Correale 2007) del servizio si possono infatti celare azioni che emarginano, infantilizzano, svalutano, appiattiscono il paziente e le sue potenzialità.

E' opportuno, quindi, che vi sia sempre una riflessione particolareggiata su ogni aspetto organizzativo del Centro Diurno e sull'uso che viene fatto di ogni attività.

Ad esempio un clima eccessivamente empatico, straordinariamente accogliente o ricco di protezioni, potrebbe danneggiare un paziente perché favorisce la dipendenza dal servizio; un clima teso o troppo eterogeneo potrebbe invece confondere pazienti molto disturbati ma aiutare altri a vivere differenti piani relazionali; un servizio mensa erogato senza limiti a tutti i pazienti potrebbe essere risolutivo per alcuni e dannoso per altri perché non sarebbero stimolati a costruire autonomamente una propria organizzazione in casa.

La riflessione potrebbe essere estesa a tanti aspetti e attività del Centro Diurno ed è compito degli operatori e dei pazienti stessi farla continuamente attraverso assemblee, gruppi di discussione, équipe.

Per evitare che si sviluppino atmosfere eccessivamente istituzionalizzanti, una istituzione dovrebbe produrre continui dispositivi che permettano di monitorare, cambiare, invertire, inquinare i tempi e gli spazi della struttura.

La presenza nel Centro Diurno di soggetti esterni al circuito psichiatrico (cooperative, associazioni, studenti in tirocinio, volontari, cittadini e semplici "curiosi"), il continuo rapporto con il territorio e l'organizzazione delle attività in piccoli gruppi aiuta la struttura a mantenere sano il "clima"; l'elemento "terzo", infatti, è sempre un elemento che contrasta la cronicizzazione della relazione.

La condivisione di spazi e tempi per molto tempo può, infatti, procurare meccanismi che soffocano qualsiasi forma di cambiamento o di atto creativo (Correale 1999, p.77).

Il clima del Centro Diurno coinvolge, naturalmente, anche gli operatori che lavorano all'interno del servizio.

I rapporti che si possono sviluppare tra operatore e proprio servizio di appartenenza sono molteplici e possono dar luogo a differenti scenari.

In modo sintetico possiamo distinguere tra: a) situazioni di totale fusione dell'individuo con il gruppo; b) situazioni in cui l'individuo si sente legato ma anche spaventato dal gruppo e oscilla con movimenti di avvicinamento e allontanamento; c) situazioni di separazione netta dell'individuo dal gruppo; d) situazioni in cui la realtà dell'individuo si articola con quello del gruppo seguendo una dialettica.

L'individuo che fa parte di una istituzione, generalmente, tende ad identificarsi in essa e a manifestarle "fedeltà" (Correale 1999, p.225).

La fedeltà se da una parte aumenta la qualità e la quantità dei contributi che l'operatore può dare alla sua istituzione, dall'altra presenta delle controindicazioni di notevole entità. L'operatore, infatti, rischia di pensare ed agire come l'istituzione e non come singolo individuo, rischia cioè di essere poco sensibile ai bisogni del paziente perché è identificato con l'istituzione, ed è quindi "poco persona" e "molto istituzione" (Correale 1999, p.225).

Un fenomeno di questo tipo lo possiamo osservare, ad esempio, quando un paziente decide improvvisamente di non aderire più una attività per la quale è stato attivato un costoso sistema di risorse umane e strutturali (ad esempio un soggiorno estivo). In questa situazione, molto spesso, l'attenzione dell'operatore si focalizza maggiormente sulle ripercussioni amministrative che procura la rinuncia del paziente piuttosto che sulle ragioni cliniche della rinuncia. La mente dell'operatore, cioè, viene pre-occupata dai problemi di tipo organizzativo-contabile dell'istituzione e pensa a come contenere l'istituzione che non è in grado di tollerare la bizzarria del paziente.

La strategia che permette di affrontare questo tipo di problemi è complessa e deve necessariamente contemplare un lavoro che coinvolga tutte le componenti dell'istituzione che concorrono alla realizzazione dell'atto clinico come ad esempio la componente clinica, quella gestionale-amministrativa e quella politica.

Quando queste collaborazioni non si riescono ad attivare vi è sempre il rischio che il paziente si trasformi da un caso di disagio umano ad un caso di disagio amministrativo dell'istituzione. Una posizione "empatica" dell'operatore verso "l'atmosfera" e le componenti della intera istituzione riteniamo, dunque, che possa permettere di prevenire o arrestare pericolosi processi che traducono la sofferenza psichica in problemi di contabilità .

6.2.6 Empatia, contesto sociale e problemi di stigma

L'operatore del Centro Diurno per favorire processi di integrazione sociale deve creare dei canali di comunicazione tra paziente e comunità locale (amministratori pubblici, politici, negozianti, cooperative, singoli cittadini, vicini di casa, datori di lavoro, ecc.) e poi mediare la relazione tra le due parti.

La costruzione del rapporto può essere complessa perché richiede lo sforzo di stabilire un contatto con soggetti che non sono "addetti ai lavori" e che quindi potrebbero manifestare delle difficoltà ad interagire con i bisogni e le caratteristiche del mondo psichiatrico. Può accadere ad esempio, che durante questi incontri, emergano pregiudizi negativi o al contrario eccessivi entusiasmi verso la malattia mentale.

Le posizioni verso il paziente possono declinarsi in noti processi di stigmatizzazione con atteggiamenti di negazione della sofferenza mentale o in atteggiamenti di idealizzazione della follia con tutte le sfumature intermedie che possono esservi. Anche il ruolo dell'operatore della salute mentale può essere oggetto di pregiudizio e relegato a funzioni molto limitate come ad esempio quelle del controllo e dell'intrattenimento.

Tutte queste posizioni, che derivano in buona parte dalla scarsa conoscenza della materia, rischiano di invalidare o danneggiare complessi progetti riabilitativi.

Nel lavoro di intermediazione con il territorio l'operatore è quindi chiamato a manifestare una competenza empatica in rapporti extra clinici, cioè in rapporti che permettono interazioni produttive tra servizio e comunità locale.

L'intervento sul contesto e sui meccanismi che producono il pregiudizio diventa quindi necessario e indispensabile; non a caso troviamo sempre più frequentemente nell'offerta formativa per gli operatori della salute mentale programmi di studio che forniscono strumenti per intervenire sul contesto sociale e sui suoi meccanismi di produzione dello stigma (Kennard 1998, pag.452; AAVV, Progetto Psycho Rescue, 2008).

6.2.7 Empatia e salute dell'operatore

L'operatore di un Centro Diurno, come abbiamo visto, deve necessariamente entrare in contatto con i vissuti, le emozioni ed i desideri del paziente.

Il contatto emotivo, il più delle volte, avviene attraverso una "identificazione di prova", e gli esiti di questo contatto sono molteplici perché dipendono da come ogni singolo operatore vive il paziente e quello che gli viene trasmesso.

Questo tipo di problema è stato studiato per la prima volta dalla psicoanalisi con l'analisi del "controtransfert", cioè l'analisi di tutti quei comportamenti, conflitti o sentimenti che insorgono nell'operatore a seguito del contatto con la vita emotiva del paziente.

Nei seguenti punti riassumiamo alcune delle situazioni emotive più comuni in cui si può trovare l'operatore.

a) Quando l'operatore entra in contatto con emozioni del paziente che sono estremamente intense, avvolgenti o penetranti può accadere che il suo equilibrio emotivo si alteri e che richieda delle difese compensatorie. Questo fenomeno, molto spesso ha delle ripercussioni sulla qualità della prestazione professionale e della vita privata dell'operatore.

Le difese che vengono adottate per contenere l'invasione di emozioni e che incidono sulla prestazione professionale sono generalmente caratterizzate da comportamenti di evitamento del paziente, atteggiamenti di disinteresse verso il lavoro e posizioni di negazione dell'esistenza dell'angoscia del paziente.

L'interferenza sulla vita privata, si manifesta invece con operazioni in cui l'operatore trasferisce su di un proprio familiare le tecniche e le modalità relazionali adottate per interagire con un paziente; in qualche modo l'operatore non distingue più tra aria privata e area di lavoro e tratta le sue relazioni nello stesso modo.

Una situazione opposta a quella del contagio psichico destabilizzante si verifica, invece, quando le emozioni del paziente entrano in risonanza con quelle dell'operatore perché si sono generate da esperienze di vita simili.

In questi casi possono scattare nell'operatore meccanismi psichici che lo portano a sentirsi fortemente "uguale" al paziente o, al contrario, estremamente "diversa".

In entrambe le situazioni è sempre presente il rischio che si verifichino rapporti terapeutici che non rispondono ai reali bisogni del paziente.

Tabella 24 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

Un operatore era fortemente infastidito dal comportamento di un paziente che era particolarmente oppositivo. Dopo diversi mesi di scontri, l'operatore sviluppò uno scarso interesse per il suo lavoro e pensò di dimettersi dal suo incarico.

Il gruppo degli operatori decise, allora, di comprendere il disagio del collega rivedendo insieme a lui la storia del paziente che lo aveva messo in crisi. Durante questo lavoro l'operatore in difficoltà scoprì che la sua storia era simile a quella del paziente.

Questa scoperta, inizialmente considerata come un fatto poco importante, permise all'operatore sia di essere maggiormente in contatto con se stesso sia di essere più empatico col paziente.

In questo caso era accaduto che l'operatore, per evitare di entrare in contatto con la propria storia dolorosa, aveva cercato di mantenere lontano da sé stesso tutti quegli elementi che potevano ricordargliela, compreso il paziente che aveva una storia simile alla sua; l'operatore, in qualche modo, aveva assunto una posizione, non consapevole, caratterizzata dalla seguente catena di pensieri: "Io mi arrabbio con te paziente e ti allontano perché sei oppositivo e perché non posso ricordare quell'evento drammatico della mia vita che mi portò ad essere oppositivo come te".

Il contagio emozionale tra paziente e operatore può essere favorito anche da fattori che dipendono dalla organizzazione del lavoro e della istituzione.

Il lavoro all'interno di un Centro Diurno, infatti, è caratterizzato da prassi operative che rendono difficile la ricerca di una giusta distanza emotiva dal paziente.

L'operatore, ad esempio, condivide con il paziente molteplici spazi e per mandato istituzionale non può sottrarsi a questa continuità di rapporto perché questo ha un valore terapeutico strategico.

Questa specificità del lavoro crea un *setting* che ha caratteristiche simili a quello di una comunità terapeutica, cioè un *setting* povero di "protezioni esterne rispetto al contatto con il paziente" e ricco di situazioni in cui si può verificare il "contagio psichico" (Ferruta A. 1998, p. 435).

Ad esempio la quotidianità del rapporto può portare il paziente a ricercare nella relazione con l'operatore la soddisfazione totale dei suoi bisogni affettivi o relazionali (Kennard 1998, p.452).

Le modalità attraverso le quali è possibile raggiungere una posizione di "giusta distanza emotiva" dal paziente *devono* essere ricercate da ogni singolo operatore con creatività e delicatezza nell'ambito del suo stile personale di relazione. L'équipe può sostenere o facilitare questo lavoro ma non può sostituirsi nella sua esecuzione e non può standardizzare i risultati perché ogni relazione paziente-operatore è diversa dalle altre.

Come principio generale è comunque sempre opportuno creare per il paziente una cornice di riferimento che lo aiuti a capire che l'attività che svolge con l'operatore ha una "finalità terapeutica" e che non può sfociare in altri tipi di relazione.

Questa particolare e difficile condizione relazionale che l'operatore deve quotidianamente creare e che aiuta il paziente nella sua evoluzione probabilmente produce una situazione molto simile a quella del gioco e dei fenomeni "transizionali" che come sappiamo aiutano a crescere ed elaborare contenuti mentali.

Le strategie che permettono all'operatore di proteggersi da contagi psichici destabilizzanti e di comprendere in che forma le sue problematiche interferiscono nella relazione con il paziente sono:

- la psicoterapia personale, che permette di conoscere in che modo la storia personale incide sulle relazioni con gli altri;
- la supervisione che permette di osservare in che modo gli elementi personali e l'istituzione incidono sull'osservazione ed il trattamento di un paziente.

Purtroppo, la frequente carenza di risorse economiche non permette all'istituzione di garantire sempre la supervisione.

Un confronto costante e continuativo tra colleghi nell'ambito di una riunione di équipe istituzionalizzata può permettere, però, di compensare la "lettura personale", e a volte distorta, dei bisogni del paziente.

La protezione psichica dell'operatore, può essere realizzata anche attraverso una buona organizzazione del lavoro. Quest'ultima è opportuno che contempli giorni di riposo regolari; turni di lavoro non più lunghi di 8 ore; corsi e confronti costanti con i colleghi; distribuzioni eque del carico emotivo tra gli operatori (Ferruta A., 1998 p 436).

La destabilizzazione emotiva di un operatore, può infine essere procurata dal gruppo dei colleghi.

Correale osserva, ad esempio, che il *burn-out* è legato sia all'impatto con la malattia mentale sia a eventi che si possono verificare nel gruppo di colleghi come la "rottura dei canali comunicativi, emotivi, ideativi, culturali che legano l'operatore al suo gruppo di appartenenza" (Correale 1999, p.100).

L'esperienza di tutti i giorni ci ricorda, infatti, che quando si creano grossi conflitti o spaccature tra colleghi aumenta il disagio di ogni singolo operatore.

Anche in questi casi la posizione empatica potrebbe aiutare il gruppo a governare la conflittualità.

6.2.8 Empatia: la declinazione della competenza

Sapere	<p>L'empatia, intesa come capacità di "sapersi mettere nei panni di un altro" si configura come una competenza emotiva e cognitiva che l'operatore deve saper utilizzare in differenti tipi di contesti e di relazioni, in modo particolare con :</p> <ul style="list-style-type: none">• l'utente e le sue problematiche;• la famiglia e l'ambiente di vita dell'utente;• il gruppo dei colleghi, degli altri servizi o altre istituzioni;• gli ambienti sociali e di lavoro, singoli cittadini e tutte le altre organizzazioni sociali presenti nel territorio.
Saper fare	<p>Una posizione empatica è realizzata quando l'operatore riesce:</p> <ul style="list-style-type: none">• ad ascoltare la complessità della situazione con la quale viene in contatto senza aggiungere elementi o valutazioni personali;• a fornire risposte che contengano una accettazione profonda della realtà con la quale si viene a contatto sia essa relativa al mondo intrapsichico dell'utente che a qualsiasi altro tipo di realtà sociale;• a trovare soluzioni per risolvere situazioni problematiche mediante un lavoro di "costruzione partecipata" piuttosto che di "prescrizione" .
Saper essere	<p>Nel momento in cui viene meno la possibilità di entrare in contatto empatico con una situazione problematica l'operatore deve saper riconoscere questa sua difficoltà e trovare soluzioni alternative.</p> <p>Giungono utili in questo caso:</p> <ul style="list-style-type: none">• le riflessioni individuali finalizzate alla analisi delle proprie conflittualità e difficoltà;• le riflessioni del gruppo degli operatori per "sciogliere", "modificare", "sostenere" o "trasformare", le difficoltà del singolo operatore;• la ricerca di ulteriori risorse, anche esterne al servizio, che possono essere utilizzate per analizzare la situazione. <p>La "Flessibilità" e la "Immaginazione" appaiono come due dimensioni dell'esperienza che possono facilitare processi di ascolto e di soluzione del compito.</p>

7. TROVARE LE SOLUZIONI: "Flessibilità" e "Immaginazione"

Trovare le soluzioni rappresenta un'area estremamente importante, complessa e diversificata. Trovare le soluzioni significa infatti, sia risolvere situazioni chiaramente definite fin dall'inizio – e allora il trovare le soluzioni rappresenterà il momento decisivo e finale di un intervento – sia risolvere o, quanto meno, provare a farlo, tutti quei problemi che, più o meno inaspettati si presentano all'improvviso, costituendosi come ostacoli di un percorso. Di questi ostacoli problematici è costellata la strada di ogni intervento terapeutico-riabilitativo. Gli ostacoli possono riguardare la sfera personale dell'utente, quella dei suoi rapporti con l'équipe, ma anche la sfera familiare, quella istituzionale e quella dei rapporti interni al gruppo di lavoro. Trovare le soluzioni rappresenta allora un'area di competenze che mette alla prova la capacità di pensare dell'équipe, il suo interrogarsi continuamente alla ricerca delle strategie più efficaci, accettando la sfida di un continuo cambiamento.

Quest'area si declina nelle competenze della "Flessibilità" e della "Immaginazione".

Se la prima rimanda proprio a quell'idea di non attestarsi rigidamente in un quotidiano contrassegnato da protocolli e procedure, la seconda rinvia, invece, al non accontentarsi di ciò che sembra immediatamente evidente per andare in cerca di qualcosa che, se pur non ancora presente, non è detto che non lo possa diventare: si tratta, in altri termini, di non cadere nella trappola – continuamente all'opera – di considerare come vero quello che è solo facilmente percepibile.

Le due competenze, se pure trattate separatamente per ragioni metodologiche, sono però strettamente connesse, poggiando entrambe su una forte enfasi sul lavoro di gruppo e sulla costruzione di una capacità di rischiare, abbandonando il terreno più familiare per addentrarsi in territori inesplorati. Suggestiscono quindi l'idea di *rischio* e *avventura*, la necessità di potersi sempre considerare all'interno di un viaggio che non può mai essere ridotto a puro tragitto.

7.1 Flessibilità

La flessibilità si oppone alla rigidità. Indica quella capacità, tipica per esempio di alcune piante, di opporsi alle forze esterne non con un aumento di forza, con una contrapposizione simmetrica, ma attraverso un complesso meccanismo di flettersi e piegarsi che toglie forza all'agente esterno, non permettendo un punto di applicazione fisso della forza stessa.

Se questo può essere un significato orientativamente etimologico, al giorno d'oggi la flessibilità è diventato un concetto strettamente legato all'economia e al mercato. Una fabbrica è flessibile quando è in grado di trasformare rapidamente la propria linea produttiva in funzione delle esigenze di mercato. Un lavoratore flessibile è un lavoratore capace di trasformarsi rapidamente

in qualcos'altro, di adeguare prontamente le proprie mansioni ad altri compiti, rinunciando a un'identità fissa.

Forzando un po' i termini si potrebbe dire che la flessibilità è un'arte del dimenticare; qualcosa che richiede, al tempo stesso, il massimo della fedeltà e il massimo del tradimento. Bisogna infatti essere assolutamente e completamente fedeli a qualcuno o a qualcosa, ma solo per il tempo strettamente necessario; poi bisogna poter tradire, senza indugi né remore, per assumere immediatamente una nuova identità. E, in effetti, la flessibilità sembra essere una delle cause di maggior rilievo nell'attuale trasformazione della soggettività, come ben documenta Richard Sennett nel suo "l'uomo flessibile" (Sennett, 1999). In che modo allora la flessibilità arriva a poter essere identificata come una delle competenze trasversali necessarie agli operatori di un Centro Diurno e forse anche di altri servizi della salute mentale? Non c'è il rischio che enfatizzare la flessibilità non sia altro che un maldestro tentativo di inseguire logiche di mercato o, peggio ancora, di mascherare l'assenza di un'identità professionale?

Non credo che si possa sfuggire per intero a questo problema. Che le parole e i concetti possiedano diverse valenze in cui possono declinarsi – spesso anche in opposizione tra loro – è cosa nota da tempo. Basterebbe a proposito citare la doppia linea di significato connessa alla parola *pharmakon* che rimanda da un lato all'idea di rimedio e, dall'altra a quella di veleno. Nel caso specifico si può, però, cercare di contestualizzare il senso della flessibilità nell'operare di un Centro Diurno.

7.1.1 La flessibilità come competenza trasversale

In primo luogo, come abbiamo detto, la flessibilità rimanda a un'arte del dimenticare. Quest'affermazione rinvia, immediatamente e inevitabilmente, a un'altra domanda relativa al cosa: cos'è che va dimenticato? Non certo l'insieme delle competenze che costituiscono la base formativa e professionale di ciascuno di noi perché questo significherebbe cadere in una sorta di spontaneismo ateorico ricco di rischi. Piuttosto, a dover essere dimenticata è l'adesione irreflessiva e stereotipata a quelle competenze, il voler identificare con esse l'esperienza umana, perdendo di vista il loro carattere di semplice modello. Si tratta cioè di non privilegiare la preoccupazione per un *setting* ineccepibile – intendendo con questo termine non solo l'insieme delle regole o della cornice, ma anche la rigida attuazione di interventi tecnici manualistici – rispetto alla relazione con il paziente (Mitchell, 1993).

Ma forse c'è anche qualcos'altro che va dimenticato. Il lavoro in un Centro Diurno è caratterizzato dalla completa assenza di tutti quei contrassegni del potere (camice, scrivania, ecc.) che da sempre servono a costruire una relazione asimmetrica (Foucault M., 1973-74). Da dimenticare c'è allora l'adesione a quel rapporto di potere e la necessità di ricorrere a un'etichetta per contrassegnare qualsiasi espressione emotiva e comportamentale dell'altro. Se un Centro Diurno è una struttura intermedia lo è sì per tutto un insieme di caratteristiche spaziali (tra ospedale e ambulatorio, tra presa in carico assoluta e abbandono, tra famiglia e curanti), ma lo è anche per caratteristiche temporali. Intermedio è infatti quel tempo "che permette una conoscenza umanamente conciliabile con i tempi necessari al paziente psicotico per incontrarci e gradualmente mostrarsi nel suo essere straniero, senza i giochi difensivi della follia che ce lo rendono subito troppo familiare, già noto nella sua stereotipia e quindi non più

conoscibile" (Jabes E., *Le livre de l'Hospitalité*, Gallimard, Paris, 1991).

L'operatore del Centro Diurno deve quindi avere un'identità professionale che non si irrigidisca nell'espressione di un mansionario, che sia sufficientemente forte da non dover esattamente coincidere con la sua espressività. Flessibilità allora significa poter abdicare al potere insito nella relazione psichiatrica per permettersi di incontrare l'altro, senza pensare di dover rigidamente svolgere dei compiti perché a quello svolgimento e al rituale che ne consegue si affida il riconoscimento di sé come operatore. E' ovvio come questo comporti la necessità di costruire – mi permetto una licenza tecnica – un *setting* interno – capace di operare continuamente attraverso un meccanismo di adesione e distanza. Adesione all'altro per dividerne l'esperienza e distanza per permettere l'elaborazione riflessiva.

Si tratterebbe, cioè, di poter condividere il livello dell'esperienza emotiva dell'altro in modo tale da poterla comprendere, senza però identificarsi completamente con questa, ma mantenendo invece la capacità di distanziarsene per poterne poi offrire una qualche forma di rielaborazione.

Il *setting* interno permette di non sentirsi attaccati e svalutati da eventuali critiche o agiti del paziente che possono invece acquistare il senso di un'azione comunicativa.

Tabella 25 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

F. aveva cominciato a frequentare il gruppo del calcio. Nonostante avesse delle buone capacità, in partita non riusciva a rendere; soprattutto sembrava incapace di contrastare un avversario. Un po' alla volta, nel corso degli allenamenti, ha cominciato a entrare in modo sempre più deciso soltanto sul responsabile del servizio. Il suo comportamento è stato interpretato non come un attacco specificamente diretto, ma come la progressiva sperimentazione di un'aggressività fino a quel momento completamente inibita perché considerata troppo distruttiva. E, naturalmente, almeno all'inizio, non poteva non rivolgerla su quello che considerava il meno distruttibile del gruppo.

7.1.2 La flessibilità: permeabilità di confini o violazione di confini?

E' evidente come questo gioco di continuo movimento di avvicinamento e distanziamento, si traduca in un costante e ripetuto attraversamento di confini che riguardano sia il mondo intrapsichico che quello relazionale. Come far sì che quest'attraversamento di confini non si traduca in una violazione di confini? Come impedire che la flessibilità, da dote e competenza necessaria, si trasformi in una sorta di liceità assoluta, sfociando in una sorta di onnipotenza narcisistica, dove tutto è permesso? Il problema è ovviamente molto grande, anche e soprattutto perché l'operatore di un Centro Diurno si trova a doversi confrontare con una realtà molto particolare.

In primo luogo la realtà dell'utenza. L'utenza dei Centri Diurni è infatti prevalentemente o quasi esclusivamente costituita da pazienti gravi, affetti da disturbi schizofrenici, dell'umore o da gravi disturbi di personalità. Complessivamente un'utenza caratterizzata da gravi difficoltà relazionali, da scarsa capacità di definire in modo chiaro la distinzione tra mondo interno e mondo esterno – problema spesso designato come disturbi dei confini dell'Io o come perdita di un senso di appartenenza – da bisogni che si attestano a fasi primitive di sviluppo. Inoltre è un'utenza connotata fortemente da una grave compromissione delle prime relazioni interpersonali e affettive, con uno spettro che spazia dalla trascuratezza all'abuso e dove i

meccanismi incestuosi sono altamente presenti.

In secondo luogo la realtà del contesto. Il Centro Diurno è per definizione un luogo di condivisione di esperienze, dove i confini non sono segnati da elementi immediatamente visibili, ma si spostano continuamente in funzione della relazione e dei bisogni di un singolo paziente. Un Centro Diurno è infatti un luogo dove si sta e si fa insieme: si mangia insieme, si va al cinema insieme, ci si fa la doccia insieme, dopo aver partecipato ad attività come il calcio o il nuoto, mostrandosi – in concreto – nudi, agli occhi del paziente. Se è vero che la terapia non può e non deve essere la semplice gratificazione immediata dei bisogni di un paziente, se è vero che la terapia è dare un senso alle esperienze del paziente, è pur vero che questo compito, già di per sé difficile in un contesto diverso – vedi ad es. le numerose violazioni di confini che vengono regolarmente effettuate all'interno di psicoterapie strutturate – diventa estremamente complicato là dove, a una permeabilità di contesto, si associa un'utenza contrassegnata dall'impossibilità ad accedere immediatamente a una sia pur minima distinzione tra bisogni e desideri. Come comportarsi rispetto al fatto che molti dei nostri utenti hanno oggettivamente un bisogno di accudimento che non può essere solo interpretato? Come collocarsi rispetto a una domanda assoluta, ovvero quella di essere contemporaneamente operatori, amici, amanti, genitori, ecc.? Come provare a costruire un percorso che tolleri la sfida di lavorare contemporaneamente sul registro del concreto e sul quello del simbolico?

Tabella 26 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

G. è un'utente da parecchio tempo in carico al centro diurno. E' una donna di circa 30 anni affetta contemporaneamente da un disturbo schizofrenico e da un deficit cognitivo. Da alcuni anni le sue crisi sono diventate sempre più rare, ma persiste immutato il bisogno di G. di amare e di essere amata come qualsiasi altra persona. Nel suo caso, però, il bisogno è amplificato dal fatto di aver perso in tenera età il padre – vissuto ora come figura idealizzata e totalmente buona – e dall'aver una madre anche lei gravemente sofferente dal punto di vista psichico. G. si è completamente affidata all'istituzione e a questa domanda il suo bisogno di accudimento, pur lamentandosi e richiedendo una maggiore autonomia. Il percorso con lei è lungo e faticoso. Sono numerosi i suoi episodi di innamoramento per diversi operatori al rifiuto dei quali reagisce con rabbia e minacciando di non venire più. Peraltro queste minacce non trovano mai un riscontro reale e, anzi, G. sembra proseguire un sia pur minimo percorso di autonomia. A un tratto G. appare improvvisamente più contenta, ma al tempo stesso più fatua. Il suo umore si altera...diventa disforica...a tratti, aggressiva. Tra mille imbarazzi racconta che si è innamorata di un infermiere della comunità residenziale dov'è inserita. Sembra una storia come tante altre già vissute, ma questa volta la cosa è stata agita.

Questo episodio è emblematico di quello che si voleva evidenziare, ovvero la grande difficoltà di distinguere l'oltrepassamento dei confini dalla violazione degli stessi. In questo caso è stato necessario provvedere all'allontanamento dell'infermiere, ma G. ha sperimentato una regressione lunga e profonda. Aveva risperimentato l'impossibilità di fidarsi e di essere contenuta e la confusione tra un bisogno di affetto genitoriale e una dimensione incestuosa.

Il problema è ulteriormente complicato dal fatto che, spesso, gli operatori dei Centri Diurni sono chiamati a confrontarsi con utenti che, dopo anni di tentativi terapeutici, sono stati giudicati come persone per le quali non c'è più molto da fare. Come difendersi dalla tentazione narcisistica di onnipotenza quando un utente considerato come irraggiungibile, incurabile, ecc., comincia a frequentare dei laboratori, a costruire un sia pur minimo tentativo di relazioni, a

esprimere timidamente bisogni e desideri? E' estremamente facile, in queste situazioni, colludere con il bisogno di amore totale del paziente e immaginare che, a dispetto di qualsiasi tecnica, sia pur sperimentata e sofisticata, sia stata la propria personale capacità di capire e di amare a risolvere il problema. Quale confine passa tra il valorizzare l'autenticità di una relazione e lo sperimentare se stessi come dotati di un potere, capace di guarire, che può essere quindi agito in qualsiasi modo e in qualsiasi forma? Di fronte all'espressione continua di bisogni irrealizzati di un genitore onnipotentemente buono è difficile sottrarsi alla seduzione e alla corrispondente gratificazione narcisistica connesse a queste domande, col rischio conseguente di instaurare una relazione operatore-utente dove l'utente diventa una sorta di *oggetto-Sé* (Kohut H., 1986) dell'operatore, replicando, in tal modo, quell'esperienza di una individuazione impossibile già sperimentata nel rapporto con i propri genitori. L'utente diventa, in questo caso, colui che deve soddisfare i bisogni narcisistici dell'operatore, intuendone i desideri e non potendosi permettere una qualsiasi forma di autonomia psichica.

Si crea cioè una certa forma di compiacenza (Winnicott D.W., 1971) da parte degli utenti, spesso scambiata per un'effettiva alleanza terapeutica. In realtà, mentre l'alleanza è finalizzata a una trasformazione e a un cambiamento, la compiacenza mira al mantenimento dello status quo, opponendosi, in maniera non diretta, a ogni processo trasformativo.

Questo meccanismo – insidiosamente sempre all'opera – è forse uno dei fattori implicati nel mantenimento della dipendenza dell'utente e dell'interminabilità della cura con i conseguenti processi di cronicizzazione. Come mantenere aperto lo spazio per una trasformazione dei bisogni? Come essere un genitore sufficientemente buono⁸ anche là dove la necessità concreta sembra essere assolutamente prevalente? La flessibilità rischia continuamente di scivolare in un eclettismo da equilibrista, fortemente contrassegnato dal rifiuto aprioristico di ogni teoria e dall'adesione irriflessiva a un modello di abnegazione e resa masochistica dove, il tentativo "impossibile" di soddisfare tutti i bisogni del paziente rischia, da un lato, di accrescerli sempre di più e, dall'altro di provocare un progressivo "esaurimento psichico" dell'operatore, con il conseguente rischio di sfociare in meccanismi espulsivi e colpevolizzanti.

7.1.3 Flessibilità e lavoro di gruppo

In realtà, questo complesso gioco di continuo attraversamento di confini non può essere condotto in solitudine. Il movimento di adesione e distanza richiede infatti, per essere appreso e per essere mantenuto, la presenza di un'équipe forte, capace di lavorare in gruppo e di vicariare i momenti di difficoltà di ciascuno. E' la forza e la coesione del gruppo, il suo formarsi progressivo verso un obiettivo condiviso a permettere la costruzione di questo *setting* interno, unitamente alla possibilità di rischiare di perdersi in una vicinanza eccessiva sapendo che non si è da soli in questo rischio.

È interessante notare che la flessibilità dell'operatore, nel suo permettergli di rinunciare a un'identità rigida, condiziona inevitabilmente la relazione, operando una dislocazione

⁸ Il rimando concettuale è a Winnicott. La madre sufficientemente buona, secondo Winnicott, non è quella "abbastanza" buona, come spesso superficialmente si intende, ma quella "non totalmente" buona, capace cioè, attraverso una frustrazione ottimale, di immettere quell'elemento di discontinuità, capace di trasformare il bisogno in desiderio.

sul paziente che è in qualche modo costretto a dimenticare, anche lui, la propria identità, rinunciando alla rigidità dell'identificazione col ruolo di paziente, per aprirsi a nuove possibilità di sperimentazione di sé e del mondo. Si tratterebbe dunque di quel movimento che impedisce la rigida fissità delle identificazioni e riarticola il rapporto curante-curato secondo modalità più improntate allo scambio e alla reciprocità.

Tanti potrebbero essere gli esempi per dimostrare cosa possa intendersi come flessibilità all'interno dell'operare di un Centro Diurno. Per ragioni di brevità si accenna ad uno che, però, sembra particolarmente significativo. Da molti anni a questa parte i servizi di salute mentale sono attraversati da parole d'ordine che indicano le priorità dell'agire. Tra queste, un ruolo particolare è ricoperto dal problema dell'accoglienza con tutte le sue declinazioni, dal filtro, all'analisi della domanda. Al di là dell'indubbia necessità rappresentata per i Centri di Salute Mentale dal dover filtrare e analizzare una domanda che, altrimenti, li sommergerebbe, è però inevitabile osservare come spesso l'accoglienza non sia che una pallida riproposizione di quanto accade in un primo colloquio di uno studio privato o, peggio, sia da subito il dispiegarsi di tutto l'insieme dei contrassegni dell'istituzione (la contemporanea presenza al primo incontro di più figure professionali). Questa modalità di accoglienza viene spesso replicata anche in quelle situazioni dove è invece chiaro come il paziente sia così spaventato dalla propria condizione da non poter reggere una simile relazione iniziale. Accade così che, a fronte di contratti debitamente e correttamente compilati e dell'esposizione di un ventaglio di proposte di vario tipo, il paziente trovi subito l'occasione per fuggire a gambe levate.

Nell'esperienza più recente comune a molti Centri Diurni, l'accoglienza si è progressivamente diversificata, abbandonando le comuni strategie di stampo prettamente psichiatrico e psicologico per attestarsi in una dimensione più fluida. In genere infatti, pur non rinunciando e non trascurando assolutamente la dinamica dell'invio e la conseguente necessaria relazione con l'équipe inviante, il paziente non viene accolto con un colloquio o con un insieme di domande. Né si cerca di esplorare da subito i suoi eventuali interessi e tanto meno viene sciorinato il ventaglio delle attività. Molto più semplicemente, dopo un brevissimo contatto informale, limitato al minimo indispensabile, il paziente viene invitato al pranzo comune, gestito dal laboratorio di gastronomia. L'invito a pranzo è, storicamente, il primo gesto di accoglienza, messo in atto fin dall'antichità. Il risultato è che al paziente, in prima istanza, non viene posta alcuna richiesta, neppure quella di dire cosa gli piaccia o non gli piaccia. Viene semplicemente invitato a mangiare insieme. Il pranzo in comune rappresenta un momento particolarmente significativo, durante il quale il paziente è libero di guardarsi attorno, di interagire o meno con gli altri, di osservare e domandare e di rendersi conto del clima complessivo che si respira. Questa modalità di accoglienza, apparentemente al di fuori di ogni possibile schema procedurale, ha permesso, nel tempo, di accogliere in maniera più valida un alto numero di pazienti cosiddetti difficili. Certo, è stato necessario che gli operatori accettassero di trasformarsi, insieme con gli altri utenti, in cuochi, camerieri, commensali...

Da un'accoglienza che privilegia in modo esclusivo il *setting*, si passa cioè a un'accoglienza capace di privilegiare la relazione e di rendersi flessibile, quanto basta, per intercettare i bisogni degli utenti.

7.1.4 Dalla flessibilità dell'operatore alla flessibilità del servizio

La flessibilità diventa allora una dote che dal singolo operatore passa al gruppo di lavoro e, poi, all'intero servizio. Cosa significa per un servizio diventare flessibile? Significa potersi orientare non a partire dai propri bisogni, ma da quelli dell'utente. Uno dei dati più importanti che emergono dagli studi epidemiologici è proprio la scarsa capacità dei servizi, così come sono attualmente organizzati, di intercettare in tempo utile domande e bisogni di salute mentale. In altri termini i servizi – e quindi gli operatori – sono ancora troppo rigidamente legati a un'immagine di attesa della domanda e a una tipologia di risposta che, soprattutto per le fasce più giovani, non sembra essere in grado di garantire un contatto stabile e una corretta continuità terapeutica. Non è casuale che, all'interno delle Linee Guida del Ministero della Salute (2008) relative agli interventi precoci nella schizofrenia, la flessibilità venga costantemente rimarcata come caratteristica fondamentale per il buon funzionamento di servizi dedicati all'identificazione e trattamento precoci di soggetti al primo episodio schizofrenico.

Tabella 27 - Raccomandazione del Ministero della salute

Quesito B6: qual è la configurazione ottimale dei servizi destinati all'identificazione e al trattamento delle persone al primo episodio psicotico e/o nel periodo che segue il primo episodio psicotico (in termini di strutture, personale e modalità d'intervento)?

RACCOMANDAZIONE

Sono raccomandati il regime di trattamento assertivo di comunità (ACT) e le caratteristiche di multidisciplinarietà, domiciliazione e flessibilità, quali elementi indispensabili a un buon funzionamento di servizi dedicati all'identificazione e trattamento precoci di soggetti al primo episodio schizofrenico.

(Linee di Indirizzo nazionali per la Salute Mentale", Ministero della Salute, 2008)

La flessibilità di un servizio è, però, anche e soprattutto flessibilità dell'intera équipe. E' capacità di avere un'intercambiabilità di ruoli senza confondersi sui livelli decisionali gerarchici e sulle differenze di competenze. La flessibilità, allora, sia che si declini come competenza del singolo operatore, sia che diventi patrimonio condiviso di un intero servizio, è sempre comunque inestricabilmente legata da un lato a un *setting* interno – dell'operatore e dell'équipe – e, dall'altro, a un'attenzione estrema al primato della scelta, della responsabilità. La flessibilità diventa un atto etico nel momento in cui si è costretti a rinunciare alla certezza di un agire costante e tecnicamente condiviso, per privilegiare invece la consapevolezza che il problema dei confini è qualcosa di eminentemente relazionale, per cui lo stesso intervento può essere vissuto come valido da un utente, come freddo e distanziante da un altro e, al contrario, carico di invasività da un altro ancora.

Un servizio flessibile è però, anche, un servizio in grado di orientarsi sul compito e sull'obiettivo, piuttosto che sulla rigida osservanza di regole. In questo senso, l'operatività di un Centro Diurno finisce spesso per trovarsi in contrasto con le modalità lavorative richieste dall'organizzazione del DSM e dell'intera ASL. Basti pensare, in tal senso, a quell'idea, obsoleta, ma ancora fortemente vigente, per cui essere in servizio equivale a essere fisicamente presenti nella struttura d'appartenenza. Secondo quest'idea, sarebbe più opportuno che gli operatori abitassero un servizio vuoto – pronti come nel "deserto dei tartari" a intervenire – piuttosto che essere attivamente impegnati, insieme agli utenti in un'attività esterna. E' chiaro come quest'idea, retaggio di un modello impiegatizio, non solo contribuisce a fare del Centro Diurno una sorta di

corpo estraneo all'interno degli altri servizi, stimolando fantasie invidiose e denigratorie negli altri operatori ("vi divertite, state sempre in giro, non lavorate mai" sono solo alcune delle frasi che spesso designano le modalità in cui si declina l'attività degli operatori di un Centro Diurno), ma contrasta fortemente con le finalità operative del Centro stesso. Un Centro Diurno che privilegiasse le modalità operative della passività e dell'attesa diventerebbe un inutile doppione di altri servizi e perderebbe quelle caratteristiche specifiche di integrazione e tensione verso l'esterno che ne costituiscono un'essenziale prerogativa e lo caratterizzano come un servizio che ha tra gli obiettivi principali quello della lotta allo stigma e del diritto di cittadinanza. Se a questo si aggiunge che la rigidità burocratica è fortemente presente nell'organizzazione delle ASL - basti pensare ai sistemi di rilevazione presenze che privilegiano una modalità di tipo ospedaliero a danno di una centrata sulle attività (il lavoro che si svolge durante gite e soggiorni viene rigidamente computato come turno di sei ore e venti minuti pur svolgendosi, nei fatti, nell'ambito delle 24 ore) si capisce come la costruzione di un servizio flessibile sia qualcosa che è molto difficile da costruire e da mantenere.

Tabella 28 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

M. e la madre vivono da anni in condizioni precarie, sia dal punto di vista psico-fisico che da quello economico. La loro casa è in una condizione di completo abbandono. Entrambe affette da delirio persecutorio, hanno eliminato ogni possibile fonte di contatto con il mondo esterno. Hanno staccato i fili della luce e quelli del telefono, murato le condutture del gas e quelle dell'acqua e vivono nell'assoluta mancanza di ogni norma igienica. Gli operatori del servizio territoriale, non riuscendo ad avere accesso a una qualsivoglia forma di rapporto terapeutico, hanno deciso di ricoverarle per cercare d'intervenire in maniera adeguata. I tentativi di ricovero, tutti fatti in regime di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e con l'intervento delle agenzie dell'emergenza, non danno però alcun risultato. M. e la madre rifiutano il ricovero e le cure: chiedono solo di tornare a casa e, di fronte all'opposizione degli operatori, tentano di fuggire dal reparto. La situazione è ulteriormente complicata per il fatto che gli operatori del servizio di Diagnosi e Cura (SPDC) sono perplessi rispetto all'utilità del ricovero stesso, in quanto questo non sembra capace di incidere sul nucleo psicopatologico delle due donne e quindi, inevitabilmente, mostra per intero il suo volto autoritario e coercitivo.

La svolta avviene quando un operatore, vincendo il muro di diffidenza che separa le due donne dal resto del mondo, riesce a conoscere alcuni elementi della loro storia.

Si apprende che la madre di M. soffre di disturbi psichici da molti anni. Precocemente abbandonata dal marito, è rimasta sola con la figlia ancora piccola in un paese dove, essere abbandonati dal marito, e per giunta un po' "tocchi", costituisce una miscela esplosiva che ha come risultato l'esclusione e lo scherno. M. e la madre hanno vissuto per anni segnate dalla crudele logica di un destino di esclusione, strutturando entrambe un legame simbiotico e un delirio persecutorio. Inoltre, attualmente, sono sotto la minaccia dello sfratto, per cui il ricovero è visto come un ulteriore tentativo da parte degli "altri" di privarle della loro casa. Infine M. e la madre non sono sole: hanno un gattino sul quale hanno riversato tutto il loro affetto. Essere ricoverate ha come conseguenza, almeno ai loro occhi, che nessuno darà da mangiare al gatto e che quindi, questo, morirà.

La tragedia di queste due donne - sicuramente affette da una sindrome delirante persecutoria - nel suo svelarsi, mostra nuove possibilità terapeutiche. Il ricovero diventa non solo possibile, ma anche ben accetto, solo nel momento in cui riguarda anche il gatto che, insieme a M. e alla madre, accede all'SPDC. E mentre gli operatori del SPDC si occupano di loro e del gatto, gli operatori del servizio territoriale iniziano ad occuparsi delle pratiche relative allo sfratto e dell'eventuale reperimento di una nuova abitazione.

La flessibilità di un servizio, però, va anche intesa nel suo declinarsi rispetto alla comunità di appartenenza, nel non essere, cioè, un servizio chiuso e autoreferenziale, ma nel privilegiare, invece, la continua apertura di nuovi spazi negoziali. "Non vi sarà una tecnologia da applicare al soggetto ma semplicemente una praxis che, utilizzando la conoscenza del patrimonio di rischi e protezioni che il soggetto detiene, lo accompagna nella costruzione di spazi negoziali. Si assume cioè che lo scambio (il negozio) preceda e definisca la relazione (e non il contrario), ossia che solo la costruzione di spazi dello scambio può generare relazioni mentre la costruzione della possibilità delle relazioni non genera spazi per lo scambio. Detto in altre parole, la costruzione del diritto di cittadinanza come asse prioritario non è una scelta solo etica, ma anche tecnica" (Saraceno B., 1995, pag. 65).

7.1.5 Flessibilità: la declinazione della competenza

<p>Sapere</p>	<p>Il sapere sulla realtà non corrisponde alla realtà: quest'ultima è molto più complessa. Il paziente è una persona, non la sua diagnosi. I modelli sono importanti, ma non possono costituire delle gabbie.</p> <p>L'organizzazione del lavoro deve modellarsi sui bisogni degli utenti e saper cogliere le sfide rappresentate dai cambiamenti delle soggettività e, conseguentemente delle patologie, piuttosto che sulle esigenze di conservazione dei servizi.</p>
<p>Saper fare</p>	<p>Prendere camice, scrivania, tesserino di riconoscimento, ecc., infilarseli dentro e scioglierli per creare un <i>setting</i> interno da portare sempre con sé senza doverne esibire i contrassegni.</p> <p>Saper improvvisare.</p> <p>Saper rinunciare al potere connesso col ruolo accettando l'idea che l'incontro con l'altro è l'incontro tra due sistemi psichici e che sempre il terapeuta o l'operatore deve tollerare il fatto che il paziente possa saperne più di lui.</p>
<p>Saper essere</p>	<p>Non rigidi, curiosi, capaci di esplorare e mettersi alla prova.</p> <p>Capaci di provare piacere in modo diverso e contesti diversi.</p> <p>Capaci di lavorare in gruppo accettando le diversità.</p> <p>Capaci di non identificare il lavoro come l'applicazione diretta di un mansionario e di non applicare una trasmissione verticistica e unidirezionale del sapere.</p> <p>Poter affrontare situazioni impreviste tollerando dubbi e incertezze.</p>

7.2 Immaginazione

Abbiamo deciso di sostituire la parola "immaginazione" alla parola "fantasia" inizialmente utilizzata per individuare questa competenza trasversale, per evitare possibili fraintendimenti. Il termine fantasia, infatti, è spesso utilizzato indifferentemente in almeno due accezioni profondamente diverse tra loro. La prima fa riferimento all'attività immaginativa in generale, ovvero a quell'attività che è alla base di ogni processo creativo; la seconda, invece, tende a indicare quella condizione che si oppone alla realtà non nel senso di una sua trasformazione, ma in quello di una sua sostituzione. Pertanto può essere utile, almeno da un punto di vista discorsivo, tenere separati i due concetti ricorrendo, per il primo, al termine "immaginazione" e riferendo la "fantasia" solo alla seconda accezione. In questo senso è chiaro che la competenza che ci interessa è senz'altro l'immaginazione. La fantasia, infatti, nel suo opporsi alla realtà

tramite un semplice meccanismo sostitutivo, realizza piuttosto una fuga in un mondo proprio, in una sorta di rifugio dominato da una perfetta corrispondenza di desiderio e appagamento, ed è, perciò, priva di ogni valenza trasformativa. La fantasia – in altri termini – nel presentare come immediatamente presente la soddisfazione del desiderio, elimina lo scarto temporale inestricabilmente e irrevocabilmente connesso a qualsiasi realizzazione e sostituisce allo sforzo di "diventare" l'illusione di "essere" già. L'immaginazione, invece, rappresenta quella capacità di "rappresentare un oggetto assente oppure un affetto, una funzione somatica, una tendenza istintuale, non attualmente presente" (Galimberti U., Dizionario di psicologia, Utet, Torino, 1992). L'immaginazione, quindi, consente di sfuggire alla trappola della realtà attraverso un processo creativo capace di trovare soluzioni che sfuggono all'impianto logico. Rappresenta, in altri termini, una sorta di anticipazione del desiderabile o di anticipazione del probabile. "L'attività creatrice dell'immaginazione strappa l'uomo ai vincoli che lo imprigionano nel nient'altro che, elevandolo allo stato di colui che gioca. E l'uomo, come dice Schiller, è totalmente uomo solo là dove gioca" (C.G.Jung, 1929).

L'immaginazione, quindi, nel suo rappresentare una "tensione verso", esprime per intero sia il rifiuto di una realtà immutabile, presentificata in una sorta di deserto depressivo, sia quello di un'illusoria e onnipotente soluzione, incarnata nella megalomania maniacale o nella pretesa schizofrenica di affermare il bisogno di "non avere bisogno" (Zapparoli, 1987). Esprime quindi l'accettazione della parzialità e del rischio insiti in ogni scelta e in ogni percorso e immette una vettorializzazione temporale dell'esistenza, consegnandola alla dimensione del divenire.

7.2.1 L'immaginazione come competenza trasversale

A partire da queste premesse, possiamo ora domandarci in che modo l'immaginazione, piuttosto che la fantasia, rappresenti una competenza desiderabile e necessaria trasversalmente a tutti gli operatori dei Centri Diurni. Per poter cominciare a rispondere a questa domanda dobbiamo sottolineare, in primo luogo, come i pazienti che approdano ai Centri Diurni siano spesso e volentieri pazienti per i quali le dinamiche familiari, sociali e istituzionali hanno già designato un percorso obbligato all'interno della malattia stessa. Il più delle volte, infatti, un'idea del tutto obsoleta e priva di qualsiasi evidenza scientifica continua a percorrere gli operatori dei servizi di salute mentale, spingendoli a ritardare l'invio degli utenti ai Centri Diurni e posponendo questa decisione – ovvero quella dell'intervento riabilitativo – alla constatazione del fallimento di un intervento impropriamente definito come terapeutico⁹. Si tratta cioè, nella maggior parte dei casi, di persone per le quali l'incontro tra la propria patologia e l'intervento effettuato ha avuto come risultato quello di suggellare un'immagine di cronicità, peraltro il più delle volte unilateralmente attribuita alle caratteristiche cliniche della malattia.

Come continuare quindi a pensarli sfuggendo all'oppressione di una realtà che può presentarsi con i contrassegni dell'immutabilità? Come provare a uscire dalla logica necessitante della cronicità recuperando una dimensione progettuale e temporalmente orientata? E' proprio l'immaginazione a offrire una chiave di volta. Si tratta, infatti, di immaginare nuove possibilità

⁹ Basti pensare a proposito come, almeno per quanto riguarda i dati epidemiologici relativi alla città di Roma, il tempo medio che intercorre tra il primo contatto di un utente con il Centro di Salute Mentale e il suo invio al Centro Diurno sia di circa dieci anni e come, questo tempo, sia minore per gli utenti anziani e maggiore per quelli giovani.

non irrealisticamente svincolate dalla realtà, ma neppure costrette nella morsa di questa. Immaginare significa allora costruire nuove ipotesi, reimmettere una dinamica vitale all'interno di percorsi considerati immutabili. Significa uscire dalla dimensione dell'attesa per aprirsi a quella della speranza¹⁰. Significa, cioè, continuare a desiderare per sé e per un altro, senza accontentarsi della realtà che si ha di fronte e imparando a tollerare attese e frustrazioni.

Tabella 29 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

D. è un utente della Comunità Terapeutica. Passa tutto il suo tempo a fumare o a fissare l'acquario dei pesci, esplodendo a tratti in sonore risate. Al ritorno da un soggiorno estivo la situazione era radicalmente cambiata: D. parlava e interagiva con tutti in maniera del tutto congrua. Era stato sufficiente chiedergli cosa lo facesse ridere in quel modo per sapere che, a tratti, gli tornavano in mente spezzoni di film comici visti da ragazzo. Da lì a cominciare a chiacchierare e interagire il passo non era stato poi così complicato.

** Per poter comprendere quest'episodio è necessario precisare che in via Monte Santo, la Comunità Terapeutica e il Centro Diurno nel quale si è svolto l'episodio coesistono affiancati nello stesso edificio. Pertanto i pazienti ospiti della Comunità sono a stretto contatto anche con gli operatori del Centro Diurno.*

A volte, questo processo immaginativo, questo sforzo di cercare nuove soluzioni o nuove modalità di lettura può essere visto come irrealistico da parte di operatori di altri servizi. Spesso, proprio questo tentativo di affrancarsi da una logica rigidamente ancorata al modello malattia - disabilità, fa sì che l'operare dei Centri Diurni sia visto con un compiacente sorriso di superiorità. Gli altri operatori sembrano rivendicare per se stessi il duro legame con la realtà, guardando invece con un misto di invidia e di distanza quello che, il più delle volte, viene considerato semplicemente alla stregua di un gioco. Eppure la storia della psichiatria è ricca di esempi che dimostrano come l'ancoraggio alla realtà apparente, non sia spesso stato altro che adesione a un modello dominante che poco o nulla aveva a che fare con la realtà stessa. Basti per tutti la famosa evoluzione demenziale che per anni ha sembrato dover essere un'inevitabile conseguenza della patologia schizofrenica, per poi svelare il suo volto di prodotto istituzionale. Certo, "se crediamo che la realtà quotidiana sia un dato di fondo oggettivo, una verità essenziale, nuda e cruda, allora l'immaginazione è solo una macchina di illusioni. Se però consideriamo la realtà di tutti i giorni come costruzione del nostro mondo, degli altri e di noi stessi – essenziale per molti dei nostri scopi, ma solo una delle possibili costruzioni – allora l'immaginazione può a volte – non sempre – rivelare e rispondere ad aspetti del nostro mondo, degli altri e di noi stessi che sono reali, ma che di norma sono oscurati da altre preoccupazioni" (Mitchell, 2002). Immaginare significa allora non accontentarsi di ciò che è facilmente e immediatamente percepibile, per ricercare invece nuove vie, nell'idea che la realtà non sia qualcosa di dato una volta per tutte, ma costituisca un processo dinamico all'interno del quale siano possibili molte e diverse trasformazioni.

¹⁰ Nell'attesa, infatti, non c'è durata, non c'è organizzazione del tempo, perché il tempo è divorato dal futuro che risucchia il presente a cui toglie ogni significato, perché tutto ciò che succede è attraversato dal timore e dall'angoscia di mancare l'evento. La speranza, invece, guardando più lontano e ampliando lo spazio del futuro, distoglie l'attesa dalla concentrazione sull'immediato e dilata l'orizzonte.

La speranza, infatti, è l'apertura del possibile. Essa fa riferimento a quei "nuovi cieli" e a quelle "nuove terre" che sono promessi dalla religione, dall'utopia, dalla rivoluzione, dalla trasformazione personale che siamo soliti temere, perché arroccati alla nostra identità assunta come un fatto e non come un'interminabile e mai conclusa costruzione (Galimberti, 2007).

L'immaginazione ha quindi a che fare con la possibilità, con la non confusione tra possibile e reale, mantenendo invece il necessario scarto che esiste tra queste due declinazioni modali. Immaginare vorrà allora dire continuare a pensare, non trincerarsi dietro a procedure o protocolli, non trasformare il proprio lavoro in una rigida applicazione impiegatizia. Significherà anche trovare il coraggio di correre dei rischi, di poter considerare non solo il lato deficitario della patologia, ma anche quello potenziale e forse solo bloccato, di ogni singola persona. Ma immaginare significherà anche contrastare, attraverso la ricerca di nuove possibilità e, soprattutto, attraverso la contaminazione della realtà con il desiderio, tutti quei processi di cronicità cui spesso i pazienti sono condannati proprio per l'impossibilità di essere pensati in un modo diverso. La realtà oggettiva – quella della malattia – rischia infatti di diventare solo l'ombra devitalizzata di un'esperienza più completa che può aversi soltanto quando il reale è animato e fatto vivere per mezzo dell'immaginazione. Significherà quindi considerare anche se stessi in un altro modo. Se è vero che, come diceva Jung, nessuno può portare qualcun altro più lontano di dove lui stesso sia mai andato, diventa chiaro come la capacità di osare, di correre appunto dei rischi, sia essenzialmente intrinseca alla capacità di immaginare.

7.2.2 L'immaginazione: dote innata o competenza da costruire?

Dobbiamo a questo punto domandarci se la capacità di immaginare sia solo una dote di alcuni o possa invece appartenere a tutti; se cioè l'immaginazione possa costruirsi come una vera competenza e come tale possa essere insegnata e appresa. E, se la risposta a questa prima domanda dovesse essere positiva, ne scaturirebbe immediatamente una seconda e, cioè, come costruire una competenza del genere.

Sicuramente tutte le capacità finora elencate come caratteristiche dell'immaginazione sembrano rispondere, almeno a un primo sguardo, a delle doti caratteriali, costitutive cioè della singola personalità di ogni operatore e inestricabilmente connesse alla storia personale di ognuno. Affrontato in questo modo, il problema si ridurrebbe a una soluzione "fantastica", ovvero a una sorta di cernita degli operatori o di una specifica e non ben identificata formazione personale. Il discorso cambia completamente se cambiamo prospettiva e consideriamo l'immaginazione come una competenza gruppale più che individuale. Cosa significa? Significa che la capacità di immaginare, così come l'abbiamo definita, dev'essere una specifica funzione del gruppo di lavoro. Competenza di gruppo, ovvero non somma delle specifiche competenze individuali, ma qualcosa che si costruisce proprio come elemento specifico all'interno del gruppo stesso e che, pertanto, da un lato contrassegna la specificità operativa del gruppo e, dall'altro, non è direttamente legata ai singoli componenti del gruppo e può, sia prescindere da eventuali mutamenti di composizione, che essere trasmessa e insegnata ai nuovi operatori.

Perché ciò accada è necessario costruire un gruppo di lavoro capace di operare con una forte dimensione democratica e dialogica. Un gruppo dove i singoli contributi siano valorizzati e utilizzati sempre nella loro valenza propositiva, evitando la dimensione distruttiva della critica o quella paralizzante della dimensione gerarchica. Non sto proponendo il modello di un falso e illusorio egualitarismo, né tanto meno il mito dell'operatore unico. Voglio piuttosto sottolineare la necessità di un lavoro gruppale che permetta e enfatizzi la possibilità di ciascuno di sentirsi parte attiva di un processo terapeutico. Costruire soluzioni nuove, immaginare nuovi percorsi,

atterrà quindi, sia nella dimensione degli operatori che in quella dei pazienti, alla dinamica del gioco, a quel primo spazio di creatività individuale dove la realtà è sottoposta alla torsione del desiderio. Significherà quindi mantenere la capacità di desiderare, sia per sé che per gli altri, di poter trasformare in modo attivo la realtà che ci circonda. Significherà cioè, tanto per gli operatori che per gli utenti, imparare a muoversi in quell'oscillazione tra illusione e delusione, senza cadere in una o nell'altra polarità, per recuperare, invece, la capacità di pensarsi come singolarità connotate da parzialità, inserite in una dimensione temporale e dotate del diritto di non essere confinate in spazi e luoghi immutabili e eterni. Recuperare il desiderio e connetterlo con il diritto implica sia il doversi necessariamente rivolgere a una realtà più ampia, non confinata negli spazi dell'istituzione psichiatrica, sia l'uscire da quella sensazione di ineluttabilità che si traduce nella cronicità della psicosi e nel *burn out* degli operatori.

Tabella 30 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

M. è un'utente del Centro Diurno. Partecipa ad alcune attività, ma il suo problema è sempre lo stesso. Ha bisogno che le si garantisca che, qualora i laboratori dovessero protrarsi oltre una certa ora, qualcuno degli operatori la riaccompagnerà a casa. Questa dell'orario e della necessità di essere accompagnata è forse la limitazione più forte che le impedisce di accedere fino in fondo alle possibilità offerte dal servizio, soprattutto a quelle nelle quali è maggiore la valenza esterna. In occasione di una cena si decide di provare a ottenere la collaborazione di A., un utente che, dopo diverso tempo, ha deciso di provare di nuovo a guidare ed è venuto con la sua macchina. Si propone ad A. di accompagnare M. e lui accetta subito e di buon grado. Lasciamo ai due il cellulare di uno di noi: ci chiameranno all'arrivo. La cosa va a buon fine e, il giorno dopo, A. ci viene a ringraziare: Nessuno gli aveva mai concesso una tale fiducia, e lui, è fiero di ciò che ha fatto. Abbiamo corso un rischio, ma ne è valsa la pena.

Si potrebbe esplicitare ulteriormente questo concetto ricorrendo al modello Bioniano di "contenitore-contenuto" e più precisamente alla riformulazione proposta da Ogden (2008). Bisogna ricordare che l'idea di contenitore-contenuto si rivolge non a ciò che pensiamo, ma al modo in cui pensiamo, cioè a come elaboriamo l'esperienza vissuta e a cosa avviene psichicamente quando non siamo in grado di fare lavoro psicologico con quest'esperienza (Di Cesare, Bottini, 2009). "Il contenitore non è una cosa, ma un processo. È la capacità di fare il lavoro psicologico inconscio del sognare, operando in accordo con la capacità del pensare, come in un sogno preconscious (*rêverie*), e la capacità per un processo di pensiero secondario più pienamente conscio. Il contenuto, come il contenitore, non è una cosa statica, ma un processo vivente che in salute si espande e cambia continuamente. Il termine si riferisce ai pensieri (nel senso più ampio della parola) e ai sentimenti che sono nel processo di essere derivati dall'esperienza emotiva vissuta da un individuo" (Ogden T., 2008, pag. 126-127). La relazione tra contenitore e contenuto può essere di mutuo beneficio e allora la crescita avviene sia nell'uno che nell'altro, riflettendosi nell'espansione dell'ampiezza e della profondità di pensieri e sentimenti che uno è in grado di derivare dalla propria esperienza emotiva, oppure può essere di reciproco danno, o perché il contenitore è distruttivo per il contenuto, determinando una contrazione dell'ampiezza o della profondità dei pensieri che uno può pensare, o perché il contenuto può sommergere e distruggere il contenitore.

Intesa in questo senso l'immaginazione avrebbe dunque a che fare con una crescita del contenuto (ciò che può essere pensato) e una concomitante espansione e maggior solidità del contenitore (la capacità di pensare dell'intera équipe e di lavorare psicologicamente sui vissuti

e sui bisogni degli utenti).

A partire da tutto ciò sembra allora ragionevole affermare che la dinamica dell'immaginazione sia allora strettamente connessa e collegata al gioco, ovvero a quel qualcosa che si muove continuamente in un equilibrio tra libertà e limiti; quando infatti questo equilibrio si altera, quando la libertà o i limiti vengono esclusi, il gioco finisce. Se l'incapacità di pensare in modo simbolico determina l'impossibilità di giocare e l'impossibilità ad apprendere dall'esperienza circa se stessi e il proprio e l'altrui mondo, allora diventa fondamentale la possibilità di costruire un'area di gioco che consenta un'assimilazione della realtà ai bisogni dell'lo, attraverso la costruzione di uno spazio potenziale in cui gli oggetti del mondo esterno vengono usati in funzione della realtà interna. Se, in altri termini, il paziente grave si muove costretto tra l'adesione a una realtà onnipotente ed estranea e il rifugio in fantasticherie autistiche altrettanto onnipotenti, il gioco e la componente immaginativo-creativa ad esso collegata, diventeranno fondamentali come elemento terapeutico e trasformativo.

Emblematiche in questo senso sono le riflessioni di Fonagy e Target (2001) relative allo sviluppo psichico. Nel normale sviluppo i due autori distinguono tre fasi che si succedono temporalmente. Il superamento e l'integrazione delle prime due nella terza è fondamentale per un'evoluzione psichica normale. La prima fase è quella dell'equivalenza psichica. E' la fase più precoce, quella dei primi anni di vita. In questa fase non c'è distinzione tra l'interno e l'esterno, tra il mondo dei pensieri e quello della realtà: i pensieri sono cose e le cose sono pensieri. Ogni pensiero, sensazione, immagine, tutto ciò in altri termini che viene dall'interno, ha la stessa capacità d'impatto della realtà esterna. Siamo nel regno delle equazioni simboliche di Hanna Segal (1975) : pensare di uccidere qualcuno significa averlo ucciso.

A questa fase succede e si affianca quella del "fare finta". E' la prima volta in cui si prende distanza dalla realtà ma ancora non in termini simbolici, quanto piuttosto di sostituzione della realtà con un mondo interno fantastico. La fase del fare finta corrisponderebbe in qualche modo a un primato della fantasticheria, alla sostituzione magica della realtà con un mondo interamente controllato dal soggetto. Un controllo onnipotente che, però, almeno nelle fasi iniziali, ha breve durata. Lo sa bene il genitore che, nel momento in cui viene colpito dal proiettile della pistola del figlio, muore veramente, ma solo per un tempo limitato e giusto. La morte "vera" rientra nel giocare insieme a "fare finta che", ma la sua durata deve essere limitata. Là dove durasse di più, il bambino rientrerebbe immediatamente nel regno dell'equivalenza psichica e sperimenterebbe l'angoscia insopportabile di aver "veramente" ucciso il genitore.

È la sana e corretta relazione tra il bambino e coloro che se ne prendono cura – i *care takers* per usare il termine inglese – a permettere la progressiva integrazione di queste due modalità in quella più adulta e matura della mentalizzazione, dove le cose sono trattate come cose e le idee come idee, dove si costituisce la distinzione tra mondo interno e mondo esterno, tra simbolo e simbolizzato. Per permettere tutto questo però i *care takers* devono farsi carico di un insieme di processi che tengano contemporaneamente conto delle diverse modalità. Fonagy e Target (2001) riportano a questo proposito un esempio emblematico. L'esempio è quello del bambino che si sveglia di notte e che vede, nella vestaglia appesa alla parete, una minacciosa e angosciata presenza esterna. Il genitore che accorre alla chiamata del figlio

esprime contemporaneamente due messaggi non contraddittori. Da un lato, nel ridefinire la vestaglia come vestaglia e nel prenderla in mano senza imbarazzi o paure, depotenzia il carattere pericoloso dell'immagine, ma, dall'altro, nel portarla comunque fuori dalla stanza, non invalida completamente le percezioni del bambino.

È proprio questo il compito che sono chiamati a svolgere gli operatori dei centri diurni; quello, cioè, di partire da una dimensione dove l'equivalenza psichica e il fare finta sono le uniche modalità di rapporto con la realtà, per approdare a una dimensione dove queste due modalità possano – almeno inizialmente – sintetizzarsi a un'iniziale mentalizzazione che apre ad altri scenari terapeutici. E come nell'evoluzione normale, anche qui il gioco la fa da padrone, rappresentando quello spazio di iniziale modificazione funzionale della realtà.

Tutto ciò, però, non potrà mai accadere se gli operatori non saranno allenati a giocare con la realtà, a immaginare sempre nuove possibilità senza cadere nelle trappole dell'onnipotenza irrealistica. È infatti l'intera équipe che deve assumere la funzione curante (Racamier P.C., 1982). Riunioni di gruppo condotte con la tecnica del *brainstorming*¹¹ e improntate a un'aria di gioco diventeranno allora utili strumenti per migliorare e affinare tali capacità, unitamente alla consapevolezza che, per correre dei rischi, c'è la necessità di sapere che il rischio è gruppalmente condiviso.

Soluzioni apparentemente fantasiose e irrealistiche si riveleranno allora molto più efficaci di piatte adesioni a procedure.

¹¹ "In una riunione di brainstorming la provocazione viene fornita dalle idee altrui. Poiché tali idee provengono dall'esterno della mente dell'individuo, possono servirgli a stimolare le proprie. Anche se la si fraintende, l'idea può ancora costituire uno stimolo utile. Spesso accade che un'idea possa sembrare molto ovvia e futile a una persona, eppure essa può combinarsi con altre idee nella mente di qualcun altro producendo qualcosa di assai originale. In una riunione di brainstorming si dà uno stimolo agli altri e lo si riceve dagli altri. A causa della varietà di persone che vi prendono parte, ciascuna delle quali tende a seguire il corso del proprio pensiero, c'è meno pericolo di restare abbarbicati a un particolare modo di considerare la situazione.

Nel corso della riunione di brainstorming c'è chi verbalizza le idee e talvolta vengono anche registrate. È possibile poi passare in rassegna queste idee in un momento successivo allo scopo di procurare stimoli nuovi. Anche se le idee in sé non sono nuove, il contesto è cambiato e quindi le vecchie idee possono avere un nuovo effetto stimolatore" (Edward de Bono, *Creatività e pensiero laterale*, BUR, Milano, 1998).

7.2.3 Immaginazione: la declinazione della competenza

Sapere	<p>La soluzione razionale non è l'unica possibile. Il gioco è un elemento essenziale della nostra vita.</p> <p>Il possibile e il reale non vanno confusi tra loro.</p> <p>Nessuno può portare qualcun altro più lontano di dove lui stesso sia mai andato.</p> <p>L'utopia è elemento essenziale della nostra vita; senza utopia non c'è nessuna possibilità di elaborare un cambiamento.</p>
Saper fare	<p>Immaginare, giocare con le immagini senza perdersi in inutili fantasticherie.</p> <p>Saper osare e rischiare.</p> <p>Non accontentarsi di ciò che è immediatamente visibile e percepibile.</p> <p>Saper utilizzare tecniche diverse da quelle consuete per affrontare i problemi.</p> <p>Saper costruire una soluzione partendo da idee in libertà senza doverle immediatamente costringere nella morsa di una fattività urgente.</p>
Saper essere	<p>Creativi, capaci di affrontare le sfide; coraggiosi.</p> <p>Non rigidi, non prigionieri di modelli univoci di lettura della realtà.</p> <p>Capaci di pensare anche in modo non lineare e aperti al contributo di tutti senza considerare immediatamente una soluzione come non percorribile.</p>

L'*expert panel* con gli operatori che lavorano nei CD ha portato Hay Group a individuare un'area – "Realizzare il progetto" – all'interno della quale si concentrano non solo quegli aspetti del lavoro che riguardano l'impegno e l'energia che gli operatori devono investire per lo svolgimento dei loro compiti istituzionali, ma anche una specifica idea della salute mentale, della malattia e dell'intervento terapeutico.

Nel paragrafo 3.3.2 già si sottolinea che "gli operatori del CD devono essere fortemente determinati per superare, con ostinazione e tenacia, ostacoli di diversa natura (dalle difficoltà psicologiche alla carenza "cronica" di risorse), consapevoli della necessità di dover gestire tempi spesso molto lunghi, ottenendo piccoli progressi, ma anche passi indietro, prima di riuscire ad arrivare alla meta, quando si riesce ad arrivare".

Da queste prime affermazioni, appare subito evidente come la definizione di quest'Area si presta a molteplici interpretazioni. Così, per provare a evitare eventuali equivoci, diventa necessario precisare che la realizzazione del progetto, che a sua volta si declina nelle competenze "Orientamento al risultato" e "Far crescere", è espressamente riferita a quella capacità degli operatori di permettere ad ogni utente di elaborare e realizzare il proprio specifico progetto – inteso quest'ultimo non solo in senso terapeutico, ma anche esistenziale.

Ma cosa significa realizzare il progetto? Forse per poter cominciare a rispondere a questa domanda è necessario ricordare che progetto, derivando etimologicamente da *pro-jectum* – gettare oltre – rimanda immediatamente a qualcosa che non si accontenta del proprio status, ma tende ad oltrepassarlo per trasformarsi in qualcos'altro. "Il progetto è un piano d'azione che richiede capacità di valutare il futuro anticipandolo a partire da una corretta valutazione del presente e del passato. Il termine assume rilevanza psicologica con Binswanger per il quale il progetto è il tratto costitutivo dell'esistenza umana, che non è al mondo come le cose, ma aperta al mondo come *pro-getto* dei suoi possibili atteggiamenti e delle sue possibili azioni. Questo concetto è mediato da Heidegger per il quale l'uomo può progettare un mondo, e in questo progetto trovare la sua identità in quanto nel mondo è gettato. La situazione in cui si trova gettato condiziona il suo progetto del mondo, così come questo progetto trascende la sua originaria situazione. In quanto gettato l'uomo non sceglie di occuparsi del mondo, ma consiste di quest'occupazione. Il mondo, cioè, non è ciò di cui l'uomo si occupa, ma è ciò che lo *pre-occupa*, nel senso che lo occupa prima che l'uomo possa scegliere se occuparsene o meno. A questa preoccupazione Heidegger dà il nome di cura. Come poter-essere, l'uomo non è solo la possibilità di realizzare il suo progetto, ma è anche la possibilità di mancarlo" (Galimberti, 1992).

Il progetto, quindi, si costituisce – innanzi tutto – come orientato secondo un vettore direzionale che, senza essere necessariamente lineare e rigidamente determinato, si apre – attraverso tutta

la gamma delle possibilità e dei fallimenti – alla trasformazione, venendo a rappresentare la specifica cifra esistenziale di ogni singolo soggetto e la conquista della sua autenticità.

"In quanto originariamente aperta al mondo l'esistenza è definita dalla sua progettualità. Ma ogni progetto-nel-mondo è definito dal proprio essere-gettato-nel-mondo, ogni oltrepassamento presuppone una fatticità, ogni trascendenza una situazione fondamentalmente in trascendibile in quanto legata alla storicità di ogni esistenza. Quando l'essere-gettato-nel-mondo ha il sopravvento sul progetto- nel-mondo, quando la fatticità ha il sopravvento sull'oltrepassamento, allora dice Binswanger, abbiamo quella caduta esistenziale (deiezione¹² secondo Heidegger) in cui l'esistenza invece di esprimersi nella possibilità propriamente sua e quindi autentica, rassegna il suo poter essere a una possibilità già data e quindi in autentica perché non sua ma semplicemente fatta sua. Con la vittoria dell'essere gettato sul poter essere la vita non scorre più perché la possibilità di trascendere rimane ancorata alla presenza costituitasi. Le cose, scrive Binswanger, da invitanti diventano incombenti, da allettanti angoscienti: "in luogo della possibilità di far sì che il mondo accada, subentra la non libertà dell'esser dominati da un determinato progetto di mondo non scelto, ma subito" (U. Galimberti, 1992).

A partire da queste premesse si potrebbe dire che, allora, realizzare il progetto non è altro che l'espressione di un percorso di soggettivazione e che, pertanto, proprio per il suo essere inestricabilmente connesso alla realizzazione individuale, alla conquista di quel che per ognuno di noi è più proprio e quindi più autentico, si contrappone in maniera netta ed esplicita ad ogni forma di assoggettamento. Se infatti l'autenticità si contrappone all'inautenticità proprio come progettualità che sporge dal proprio passato senza lasciarsi riassorbire da questo in semplice ripetizione di possibilità già date, la realizzazione del progetto rappresenta il rifiuto e l'abbandono di ogni conformistica adesione a un'ipotetica normalizzazione, aprendosi invece al rischio di un'autentica realizzazione di sé. Soggettivazione contro assoggettamento, quindi, individuazione contro controllo e conformismo: questa la grande sfida dei Centri Diurni e dei loro operatori. Sfida resa ancor più impegnativa dalla presenza di un inquietante paradosso, quello, cioè rappresentato dal fatto che, mentre la vita quotidiana viene sempre di più "patologizzata", riducendo l'intera esistenza individuale e collettiva a semplice manifestazione di categorie dello psichico (qualsiasi singolo gesto viene a essere spiegato e interpretato attraverso la griglia di lettura di una psicologia sempre più ad uso quotidiano), il disturbo psichico viene schiacciato nella tenaglia della diagnosi e della terapia eludendo ogni ulteriore ricerca di senso e ogni forma di contraddizione e di specificità individuale.

¹² La deiezione è un termine heideggeriano che sta a indicare la caduta dell'esistenza quando manca "la possibilità sua più propria", cioè il suo mondo autentico di essere-nel-mondo per abbandonarsi a quel mondo anonimo e in autentico che consiste nell'affidarsi all'impersonalità del "Si" per cui "ce la passiamo e ci divertiamo come ci si diverte; leggiamo, vediamo e giudichiamo di letteratura e di arte come si vede e si giudica. Ci teniamo lontani dalla gran massa come ci si tien lontani, troviamo scandaloso ciò che si trova scandaloso. Il Si che non è un Esserci determinato, ma tutti (non però come somma), decreta il modo di essere della quotidianità." In psichiatria questo termine è stato ripreso da Binswanger per indicare quelle forme d'esistenza mancata dove il soggetto perde la sua progettualità e la protensione verso la trascendenza, intesa come oltrepassamento dello stato di volta in volta raggiunto dall'esistenza per ricadere nella ripetizione di possibilità già date: "Nel rapporto col mondo – scrive Binswanger – l'esistenza nega se stessa come autentica possibilità di sé per cadere in un determinato progetto di mondo in cui si sente deietta; in luogo della libertà di far sì che il mondo accada, subentra allora la non-libertà dell'esser dominati da un determinato progetto di mondo" (U. Galimberti, 1992).

Intesa in questo senso, l'area "Realizzare il progetto" si costituisce come una vera e propria operazione rivoluzionaria che, nel suo non poter essere demandata esclusivamente al singolo individuo – nel suo non poter essere in altri termini un atto puramente intrapsichico – ma nel suo porsi invece all'incrocio di molteplici linee di forza che includono necessariamente il recupero e la conquista di quegli spazi di negoziazione reale, unici garanti di una vera possibile realizzazione progettuale, si situa perfettamente all'interno dello spirito più forte e più autentico della legge 180.

Realizzare il progetto significherà allora che, sia pur senza scadere in un preconcezionale e inutile rifiuto di ogni categoria diagnostica, non ci si potrà solo affidare alla pedissequa attuazione di linee guida e procedure, ma si dovrà coltivare la capacità di rischiare e di considerare ciascun utente come portatore di una propria reale e specifica storia e soggettività.

Realizzare il progetto ha quindi in sé il rimando immediato all'idea di possibilità e al rifiuto di ogni intervento che sia contrassegnato dalle caratteristiche della cronicizzazione. Si tratta cioè di muoversi all'interno di un percorso individuale, lavorando a un tempo sull'eliminazione o sulla riduzione di tutto ciò che ostacola un possibile sviluppo trasformativo e sul potenziamento di tutte quelle risorse, individuali, collettive e sociali che permettono e garantiscono l'uscita dal circuito psichiatrico. Significherà dover continuamente pensare per poter gettare sempre un ponte oltre quel sottile muro manicomiale che prende subdolamente forma nella mente di ciascun operatore quando comincia a farsi strada l'idea che – tutto sommato – non c'è niente da fare se non portare avanti la routine di atti vuoti e privi di significato.

Entrambe le competenze che rientrano in quest'Area, "Orientamento al risultato" e "Far crescere", enfatizzano il valore di una dimensione temporale e spazialmente orientata. Se però, la prima è più esplicitamente connessa con l'idea di un obiettivo, di un andare verso, la seconda ha a che fare con la possibilità di permettere e accompagnare un percorso individuale senza sostituirsi all'altro. Far crescere significa infatti evitare ogni forma di infantilizzazione e di semplice accudimento per consentire invece, attraverso le dinamiche dell'esperienza, uno sviluppo progressivo di competenze emozionali, relazionali e pratiche e una progressiva responsabilizzazione. Significa non colludere con le parti più regressive del paziente – parti peraltro costantemente all'opera in ciascuno di noi – che tenderebbero a farlo permanere nella condizione di malato e nella completa identificazione con la propria patologia, costruendo invece concrete possibilità di sperimentazione di sé e di rafforzamento dell'autostima.

E' chiaro come quest'attività, volta a permettere la realizzazione delle potenzialità individuali, stimolando l'utente verso obiettivi realistici, ma non per questo privi di difficoltà, si scontri frequentemente e ripetutamente con una serie di difficoltà derivanti da fattori diversi. Se apparentemente sembrano immediatamente visibili quelle relative ai temi – strettamente connessi alla patologia individuale – della resistenza al cambiamento e della non collaborazione, non sono però di minore entità le problematiche relative al rapporto con l'ambiente o con la comunità locale (stigma e fenomeni di pregiudizio) e quelle connesse invece alla scarsità delle risorse economiche e di personale presenti all'interno dei Centri Diurni e dell'intero Dipartimento di Salute Mentale.

In particolare, per quanto riguarda le difficoltà che rendono difficile mantenere l'orientamento al

risultato, bisogna sottolineare la dimensione temporale (i disturbi psichici richiedono interventi che si estendono su dimensioni temporali lunghe), quella emotiva (contatto prolungato e continuativo con emozioni intense e disturbanti) e quella relazionale (difficoltà a costruire situazioni di alleanza terapeutica e frequenti fenomeni di non collaborazione). Questi ultimi possono riguardare, ovviamente, sia la difficoltà del paziente a fidarsi, sia anche la difficoltà a ottenere un vero e proprio "permesso terapeutico-riabilitativo" dalla famiglia. Non sono rari infatti gli improvvisi abbandoni determinati dall'idea che in qualche altro luogo sia possibile un'utilizzazione magica degli stessi presidi terapeutici, oppure quelli secondari al fatto che la progressiva soggettivazione del paziente si scontri con un equilibrio familiare che non tollera cambiamenti di sorta.

Infine c'è un ultimo punto che va sicuramente sottolineato ed è quello relativo al fatto, già precedentemente accennato, che nessun progetto può essere realizzato al di fuori di un intervento che non coinvolga la dimensione collettiva e sociale.

E infatti, ogni individuo che vive all'interno di una comunità, vive anche all'interno di una rete di relazioni sociali; come sappiamo queste reti svolgono funzioni importantissime e, a seconda della loro struttura, possono fornire sostegno emotivo, identità sociale, strumenti per l'utilizzazione delle risorse presenti nel territorio, ecc..

Come sappiamo chi soffre di gravi disagi psichici tende ad avere grandi difficoltà all'interno di una rete; spesso le sotto utilizza o le evita. Il lavoro dei Centri Diurni, svolto in sinergia con la cooperazione sociale, nel tempo ha contribuito alla costruzione di numerose reti sia formali che informali. Queste costruzioni presentano, a nostro avviso due importanti caratteristiche: sono all'esterno dell'area sanitaria del DSM e possiedono delle connessioni che mettono in relazione il sistema formale istituzionale con quello informale. Questo dato estremamente importante implementa di fatto il livello di assistenza e sicurezza offerto ai pazienti.

Il fronte di lavoro e di impegno professionale che il Centro Diurno apre è quindi duplice. Da una parte infatti aiuta il paziente a sviluppare quelle competenze che gli permettono di utilizzare in modo realistico e concreto la rete e, dall'altra, crea consensi e legami tra tutti i soggetti con i quali si vuole costruire la rete (istituzioni, singoli cittadini, associazioni, ecc.). La sinergia dei lavori aperti su questi due fronti è forse uno degli aspetti strategici più importanti e difficili da realizzare perché il lavoro di tessitura della rete consiste sostanzialmente nel "far incontrare soggetti" che nella loro storia non hanno mai avuto rapporti di collaborazione.

Il lavoro con le reti richiede inoltre un costante impegno rispetto alla loro manutenzione; l'esperienza insegna che, infatti, difficilmente si automantengono completamente. Spesso occorre intervenire per rinsaldare rapporti, far circolare informazioni, ricostituire un certo equilibrio rispetto all'investimento di risorse, ai carichi di lavoro, ai poteri, ai diritti, ai doveri di tutti i soggetti che compongono la rete.

Le due competenze in questione, quindi, non possono limitare il loro punto di applicazione al singolo paziente e al suo mondo interno, ma devono essere dirette anche alla costruzione e al mantenimento di queste reti.

8.1 Orientamento al risultato

Nel realizzare il progetto con l'utente, l'operatore competente, oltre che essere tenace di fronte alle difficoltà, saprà in primo luogo definire obiettivi realistici coerenti con le finalità del CD e della sua équipe. In secondo luogo, dovrà possibilmente conformarsi a un metodo di riferimento (modo operativo chiaro) che porterà lui e gli utenti a ottenere risultati misurabili e riproducibili.

La disponibilità e la buona volontà degli operatori è infatti necessaria ma non sufficiente. La presenza di obiettivi invece è inderogabile e costituisce per l'utenza una garanzia che concretizza la vera presa in carico.

Essere orientato al risultato non significa realizzare a tutti i costi il progetto stabilito con l'utente. Per svolgere il lavoro nel CD, nel costante sforzo di equilibrio, occorre saper conciliare ciò che apparentemente è inconciliabile e bisogna anche saper integrare quotidianamente i concetti d'efficacia e d'efficienza. Nell'ambito della sofferenza mentale, essere orientati al risultato significa essere sufficientemente consapevoli dall'inizio della difficoltà, della lunghezza del percorso, della scarsità delle risorse.

In effetti, il progetto si realizza con persone che, malgrado la sofferenza mentale, riescono a sopravvivere, anzi a vivere con questa sofferenza che spesso annienta ogni volontà. Essere e restare orientato al risultato è cogliere ogni progresso dell'utente e comprendere il suo significato e il suo profondo valore.

8.1.1 La definizione di obiettivi abilitativi

Bisogna pensare, definire e misurare dignitosamente gli obiettivi e i risultati attesi. La definizione e la scelta di un obiettivo permette di focalizzare l'attenzione su un particolare comportamento o capacità rispetto a un risultato atteso durante il percorso. Orienta con efficienza l'azione abilitativa e il controllo da parte dell'operatore.

Come accennato precedentemente, un obiettivo ben calibrato consente di rilevare con maggiore probabilità un cambiamento o progresso. Particolare attenzione è rivolta a non fissare obiettivi troppo ambiziosi rispetto alle caratteristiche individuali degli utenti perché sono fonte di aspettative illusorie con effetti potenzialmente deleteri. I risultati prodotti diventano allora irrilevanti.

Occorre imparare a valorizzare più spesso i numerosi ma piccoli obiettivi e considerare la significatività del risultato, sempre particolare, ottenuto grazie allo sforzo comune dell'équipe degli operatori.

Infatti, il pronostico di successo non risiede solamente nella creazione di una motivazione sufficientemente forte e comprensibile per l'utente, ma anche nella giusta misura introdotta dall'operatore che rende flessibile e ammorbidisce la sua determinazione nel proporre soluzioni trasformative all'utente.

Questa misura ha la capacità di ridefinire i codici disadattivi dell'utente, quando riesce a darsi un obiettivo e permette una redistribuzione di energia verso attività con significato socialmente condivisibile.

La relazione tra obiettivi e risultati sembra la cosa più semplice ed evidente. Il risultato è positivo se l'obiettivo è raggiunto, negativo se l'obiettivo non è raggiunto. In realtà questa relazione è più complessa. Gli obiettivi si definiscono anche in conformità a risultati già ottenuti. L'operatore prende in considerazione le finalità della sua azione, che gli permettono di valutare se quello che si chiama risultato ha un significato per il percorso dell'utente. L'essenziale definizione di obiettivi è una guida all'azione abilitativa, ma non la precede né la determina. Il valore dell'obiettivo risiede nell'oggettivazione di un risultato attendibile, nella sua trasparenza e nella sua condivisione con l'utente.

Inoltre, bisogna ricercare, individuare e confrontare dettagli che modificano sia il fare, sia lo stare dell'utente. Questo continuo lavoro d'analisi potrebbe indicare effetti dell'azione abilitativa profondi e non sempre visibili e quindi rilevare risultati significativi positivi oppure negativi, altrimenti ignorati. Allo stesso modo compaiono potenziali tracce di riflessione da utilizzare nell'aggiustamento o nella definizione di ulteriori obiettivi.

La nozione di risultato copre due aspetti: i prodotti e gli effetti.

I risultati possono essere individuati attraverso i prodotti del CD (oggetti, opere prodotte dai diversi laboratori, eventi realizzati, ecc.) o rilevati attraverso gli effetti (riabilitativi, sociali, ecc.) dell'attività sull'utenza o sull'équipe. Gli effetti non sono sempre immediatamente visibili. A volte le azioni del CD inducono effetti non previsti. A differenza del prodotto che può essere concretizzato o meno, l'effetto può essere: visibile-previsto, visibile-imprevisto, invisibile-previsto, invisibile-imprevisto. Il problema maggiore avviene quando si vuole sapere se esiste un effetto "invisibile-imprevisto".

Data questa problematica, l'operatore deve essere più attento all'effetto abilitativo che la sua azione provoca nello stare dell'utente, raggiungendo o no l'obiettivo pre-stabilito, piuttosto che al fatto di ottenere un prodotto finale o un soddisfacente comportamento formale pseudo-riabilitativo.

È il valore del prodotto a rivestire un significato socio riabilitativo, non il prodotto stesso. Quest'ultimo entra chiaramente in gioco nella qualità della relazione sia a livello utente operatore sia a livello operatore-équipe.

L'importanza data all'osservazione degli effetti più che alla realizzazione dei prodotti (o al compito) permette di controllare meglio il rischio di confusione tra finalità e mezzo o "meccanismo di routine". La perdita di rapporto tra obiettivi e attività così indotta in caso di fallimento di questo controllo non permette più nessun risultato significativo.

In sostanza, l'analisi del contesto e la definizione degli obiettivi per realizzare il progetto richiedono delle competenze per:

- a) trattare e "tenere sotto controllo" molti elementi contemporaneamente a causa della interdipendenza tra fattori personali, familiari, economici, consapevoli, inconsapevoli, ecc.;
- b) essere capaci di modificare linea d'intervento e strumenti di analisi in base ai messaggi che giungono dalla persona (è viva, reagisce, può peggiorare la sua situazione, oppure "aiutarsi" da sé, ecc.);

- c) tener conto che non può esistere alcuna possibilità progettuale unidirezionale: operatori, utenti, familiari, contesti, circostanze, ecc. sono all'interno dello stesso "campo", è come se fossero *immersi nello stesso brodo*. Anche le competenze di cui si parla in questa occasione sono riferite agli operatori più per esigenze espositive che perché effettivamente estraibili e isolabili.

Queste competenze possono essere descritte come una sorta di "equilibrisimo" tra l'importanza data al compito e l'importanza data alla relazione che consente sistematicamente di contrastare il vuoto di progettualità, la noia e la frustrazione. L'importanza che diamo al nostro compito e l'importanza che diamo alle relazioni che abbiamo o vogliamo avere nel fare il nostro lavoro sono entrambi fattori di rischio per il progetto abilitativo se non vengono equilibrate con responsabilità.

Nella sua finalità, il progetto abilitativo con gli utenti deve permettere loro di ri-acquisire delle competenze trasversali o abilità funzionali alla loro vita.

La definizione dell'obiettivo è frutto dell'analisi dei suoi contenuti e dei suoi significati, intorno a dei criteri di qualità condivisi dall'équipe. La valutazione dell'obiettivo è dinamica. Durante il percorso dell'utente un obiettivo può essere messo in discussione o ridimensionato; per esempio, il contesto viene modificato, oppure il pronostico di successo è migliorato, grazie alla messa a punto di una nuova tecnica da parte dell'operatore.

Cinque criteri di qualità dell'obiettivo:

- **Congruente:** l'obiettivo è orientato verso una finalità di recupero di capacità/abilità, una finalità di socializzazione o una finalità d'inserimento. E' comprensibile dall'operatore e dall'utente.
- **Concreto:** l'obiettivo è chiaro e coerente con il contesto operativo del CD.
- **Fattibile:** l'obiettivo è ben calibrato e sostenuto da abilità residue dall'utente e da mezzi e/o tecniche da parte dell'operatore. E' possibile stabilire un pronostico di successo.
- **Misurabile:** l'obiettivo è "sufficientemente" quantificabile. E' osservabile un cambiamento comportamentale. E' attendibile un prodotto.
- **Condiviso:** l'obiettivo è compatibile con il progetto individuale dell'utente e con il progetto del CD. E' stato discusso con l'utente e con l'équipe.

Tabella 31 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

F. è un utente giovane molto confuso arrivato al CD da un altro territorio. Ha avuto diverse esperienze in altre strutture uscendone in situazione di insuccesso riabilitativo perché totalmente passivo, molto resistente al cambiamento e con una scarsa capacità d'apprendimento. Inserito in un laboratorio, il suo comportamento passivo rimane molto marcato ma, rispondendo spesso positivamente a proposte o stimoli, F. non appare completamente contrario alla collaborazione.

Tenendo conto dell'allontanamento dal suo domicilio e della sua ansia per l'uso dei mezzi pubblici, l'ostacolo principale a una vera integrazione nel CD, inizialmente, è di fatto dovuto a una presenza settimanale casuale più che al non rispetto di regole o al rifiuto del gruppo e dell'autorità.

Con F. è stato concordato di venire al CD 4 volte a settimana. F. può anche lasciare il CD un'ora prima della chiusura per evitare l'orario di punta sui mezzi pubblici.

Nel giro di un anno F. si è impegnato a migliorare la sua presenza al CD senza mai riuscire a venire 4 volte a settimana. Ogni giorno presenta segni di ansia sempre più evidenti quando si avvicina l'orario per tornare a casa. Il lavoro che gli è stato affidato comporta sempre una sequenza organizzativa precisa e semplice, essendo il tempo di realizzazione stimato in modo da non influire sul suo orario. Quasi sempre lavora con un altro utente, rimanendo lui il più passivo dei due.

Dopo un anno, F. si presenta al CD chiedendo di fare qualcosa al computer e l'operatore gli affida un lavoro che non presenta nessuna difficoltà per lui.

F. finisce il lavoro in maniera accettabile 15 minuti prima del suo orario di partenza. E l'operatore gli dice che se vuole può andare via prima.

La settimana dopo, F. finisce il lavoro 20 minuti prima della fine dell'orario previsto, ma decide di rimanere altri 5 minuti senza fare niente prima di tornare a casa.

Dopo un'altra settimana, F. finisce 25 minuti in anticipo e chiede di andare via prima per trovare meno folla sul bus.

Dopo questi episodi, F. è riuscito per più settimane di seguito ad arrivare puntuale al CD 4 volte a settimana. Realizza lavori con meno istruzioni preliminari. Smette di lavorare in anticipo per andare via senza manifestare agitazione, è capace di lasciare un lavoro a buon punto per essere ripreso il giorno seguente e chiede dell'avanzamento dei lavori che non ha potuto seguire perché assente.

In questo caso esistono due obiettivi riabilitativi: il primo obiettivo è stato definito abbastanza presto, dopo qualche settimana; il secondo è più maturo in quanto frutto di mesi d'osservazione.

Primo Obiettivo (funzionale al percorso nel CD):

è un contratto tra F. e il CD: "venire 4 volte a settimana e lasciare il CD un'ora prima della chiusura per evitare l'orario di punta sui mezzi pubblici".

Questo obiettivo è trasparente, chiaramente condizionato, misurabile e percettibile sia per F. sia per l'operatore.

Questo obiettivo permette a F. di dare continuità e importanza alla sua decisione di frequentare il CD. Prende in considerazione una sua difficoltà e gli dà un contenimento (finalità "continuità nell'azione").

A livello comportamentale, un risultato positivo, anche parziale, permette di costruire una base sufficiente per pensare a un secondo livello d'azione, più profondo, e definire un obiettivo ulteriore.

Presi in considerazione gli elementi delle precedenti esperienze e le prime osservazioni dirette rispetto alle difficoltà o alle risorse residue di F., diventa necessario stabilire un obiettivo per scegliere una priorità nei margini di progresso individuati e poi sfruttarla.

Secondo Obiettivo (abilitativo):

L'obiettivo individuato è stato: "accettare spontaneamente un semplice compito proposto ed eseguire *autonomamente* dalla A alla Z una sequenza di operazioni necessarie alla realizzazione di un lavoro". Questo obiettivo è correlato a delle competenze che si riferiscono a una finalità di recupero di abilità di organizzazione del proprio tempo. Infatti, essendo in grado di organizzare meglio il proprio tempo F. sarà capace di adattare i suoi movimenti per poter uscire di casa a orari variabili, in particolare utilizzare più efficacemente i mezzi pubblici e seguire più facilmente il percorso proposto dal CD.

In effetti, nel caso di F. non sembra possibile definire obiettivi in relazione a capacità di concentrazione, rapidità d'esecuzione, flessibilità, precisione o ancora interazione con gli altri, perché carenti nel caso di F. Vengono invece considerate risorse e capacità come il rispetto delle regole e la collaborazione. Appoggiandosi su un consenso tacito da parte di F. la scelta si è orientata sulla possibilità di ampliare qualitativamente il capitale delle abilità residue e di scommettere sullo sviluppo di capacità d'organizzazione del proprio tempo, molto correlate a nozioni di continuità nell'azione oggetto del primo obiettivo.

Contrariamente al primo obiettivo, di natura comportamentale, il secondo obiettivo (più complesso dal punto di vista riabilitativo), più difficilmente può essere concordato con l'utente: al momento della sua definizione infatti il risultato atteso supera per F. la possibilità di rappresentazione delle proprie capacità coinvolte. Durante il percorso sono forniti i rinforzi utili al raggiungimento dell'obiettivo. Quando è possibile sono condivisi con l'utente degli elementi di elaborazione o ri-elaborazione dell'esperienza in corso.

Una volta elaborato l'obiettivo, l'operatore deve controllare la presenza delle condizioni favorevoli al suo raggiungimento. Ha l'obbligo di utilizzare tutti i mezzi a sua disposizione, di inventare gli strumenti psico-pedagogici e di registrazione necessari alla sua azione, se non esistono.

Le tre condizioni base per il raggiungimento dell'obiettivo sono:

- l'incentivo alla continuità (co-responsabilità dell'utente – primo obiettivo);
- l'offerta permanente di un lavoro o compito finalizzato e strutturato;
- la messa in relazione con altri utenti per dare un riferimento nell'agire.

I risultati rilevati dimostrano che F. è capace di adattare positivamente un comportamento per non ritrovarsi in una situazione di ansia.

Il raggiungimento del primo obiettivo è servito a F. da indicatore per comunicare il suo stare meglio. Il raggiungimento del secondo obiettivo, da confermare nel proseguire il percorso, indica che F. è stato in grado di inferire una relazione di causa-effetto interna alla sua persona e di prendere una decisione autonoma trasferendo un controllo ansiogeno dell'orario a un controllo cosciente della continuità nel tempo riferito al CD.

Nonostante i risultati ottenuti la situazione rimane in evoluzione. Nessun risultato può essere considerato come definitivamente acquisito.

L'insieme degli obiettivi e dei risultati permette di immaginare un programma abilitativo in forma di rete dinamica che sostiene l'intero percorso abilitativo di F. e di pensarlo in maniera circolare.

Nel suo percorso, F. ha dimostrato più flessibilità del previsto. Questo risultato potrebbe essere valorizzato aggiungendo un nuovo obiettivo riabilitativo che nel caso di un programma abilitativo pensato in maniera circolare si integri naturalmente nei risultati già raggiunti da F. e miri al recupero di altre competenze di vita.

Con la tutela di un operatore nell'ambito del suo progetto riabilitativo al CD, a F. è stata affidata una parte della segreteria organizzativa di un corso di 5 mesi (gestione dei registri di presenza,

distribuzione del materiale didattico, produzione dei verbali delle lezioni, ecc.) rivolto agli utenti del DSM e progettato dalla Soc. Cooperativa Sociale Integrata che gestisce il CD in collaborazione con un'associazione culturale. Questo lavoro richiede di modificare l'orario di presenza al CD; l'impegno a portarlo a termine contrattualizza un terzo obiettivo legato alla finalità di "continuità nell'azione". È anche previsto un quarto obiettivo di qualità del materiale prodotto che è la controparte della remunerazione offerta per seguire il progetto.

La relazione gerarchica che esiste tra le finalità e gli obiettivi è discussa più avanti, nel paragrafo dedicato all'orientamento al risultato nell'ambito dell'équipe.

8.1.2 Programma abilitativo e risorse ambientali a disposizione dell'operatore

Da una parte, anche se per frequentare il CD gli utenti hanno volontariamente accettato di intraprendere un percorso, sono di frequente scarsamente propositivi e mancano spesso delle risorse motivazionali.

Dall'altra, la definizione accurata e il perseguimento di obiettivi è per l'operatore una condizione necessaria per ottenere risultati; ma non è una condizione sufficiente.

L'operatore deve comprendere quali sono le principali difficoltà dovute alla patologia dell'utente, non tanto per aggirarle quanto per utilizzarle come leve idonee a superare gli ostacoli. Per l'operatore di CD esistono due risorse importanti che però sono spesso intese come problemi caratteristici nel caso della sofferenza mentale: la percezione anomala del tempo da parte dell'utente e la diversità degli utenti inseriti nel gruppo.

Lo scorrimento del tempo della riabilitazione è estremamente lento e talvolta scoraggiante per l'operatore.

Probabilmente la percezione dell'utente è diversa. Non potendo controllare il tempo, l'utente prova a bloccare la percezione. L'utente interpreta e "gestisce" il suo tempo in modo da proteggersi e decide i momenti giusti per dividerlo e muoversi a un ritmo più universale.

Tabella 32 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

<p>Un giorno, durante una pausa nel lavoro di laboratorio, parlando di eventi organizzati dal CD con un piccolo gruppo di utenti, arrivando per caso all'argomento del tempo, un utente, caratterizzato di solito da un gran riserbo, mi disse: "Il tempo è doppio! Del mio tempo posso fare qualcosa, l'altro mi è stato imposto." Risposi: "E adesso, ci daresti del tempo tuo per aiutarci a preparare questa mostra?" Passarono almeno 3 eterni secondi...e mi disse: "Sì, certo. Che posso fare?" Fortunatamente avevo già qualche lavoro pronto da dargli per una mostra prevista più di tre mesi dopo. Da quel giorno quest'utente è entrato in una dinamica, mai osservata in precedenza, di collaborazione nei lavori di gruppo.</p>

Bisogna utilizzare al meglio il tempo che ci è dato dall'utente per preparare, strutturare e arricchire i nostri interventi, cogliere l'istante quando si presenta l'opportunità.

Un'altra caratteristica del tempo dell'utente è la sua non-linearità e quindi la difficoltà a creare continuità. Questo fenomeno è in pratica qualcosa di molto faticoso. Sembra che non ci siano progressi possibili. Non si può imparare dal presente perché l'istante dopo ci ritroviamo nel passato e se vogliamo parlare di una cosa del passato nessuno sembra ricordarsi cosa fosse.

Conoscendo questa caratteristica, l'operatore competente non formula e non si dà nessuna scadenza nel lavoro con gli utenti, non si scoraggia nemmeno se un progresso rilevato un giorno sembra dimenticato il giorno dopo. Invece l'operatore è attento alla frequenza e alla varietà dei progressi. In effetti, il progresso reale non si rileva con linearità, ma con ripetitività.

La *discontinuità del tempo dell'utente* costituisce anche una risorsa "in economia", nel senso che permette all'operatore di utilizzare e preparare meno scenari d'intervento diversi senza tuttavia creare troppa monotonia.

Obiettivi e risultati non operano in modo lineare ma si intrecciano. Più un utente fa progressi in ambiti diversi (se ovviamente corrispondono a delle finalità), maggiori sono le possibilità di successo del percorso riabilitativo. Se l'operatore definisce delle priorità e propone delle tappe importanti verso una destinazione finale, l'utente decide il ritmo e il percorso. L'operatore sa comunque intervenire se l'utente si perde per strada.

Questo *tempo spezzato* vissuto dall'utente, costituisce ancora un'altra risorsa per l'operatore nel senso che se crea delle rotture nel percorso riabilitativo segnala anche dei meccanismi di difesa dell'utente che occorre saper accogliere e rispettare.

Nel CD gli obiettivi sono molti e mirano al recupero delle abilità. L'operatore del CD deve organizzare il loro perseguimento, quindi ricercare e attuare una strategia di differenziamento, appoggiandosi sulle capacità residue di un utente per aiutare un altro e viceversa. Una diversità nell'espressione della malattia costituisce una mole di possibilità e una potenziale risorsa di base per il lavoro di riabilitazione. Poiché la disponibilità e le risposte dovute a un singolo utente sono variabili, l'integrazione nel gruppo di persone con patologie e problemi vari permette all'operatore di fare proseguire comunque il percorso riabilitativo.

Il *gruppo finalizzato* (o l'équipe degli utenti del laboratorio), non uniforme ma ricco nella sua diversità, offre all'operatore una dimensione di lavoro fondamentale, grazie alla sua unità e alla sua propria dinamica che sono idonee al raggiungimento di obiettivi di natura collettiva e socio-integrante.

8.1.3 L'orientamento al risultato nell'ambito dell'équipe e della comunità

A livello di équipe il saper orientarsi rispetto al risultato ha un esito positivo sull'efficienza del CD e anche sull'efficacia delle azioni individuali e collettive compiute.

È necessario non solo confrontare diversi punti di vista per far emergere il senso della collaborazione, ma anche accordarsi su obiettivi condivisi, quindi formare un'équipe quanto più coerente intorno all'azione intrapresa.

A questo punto diventa possibile e anche necessario stabilire un modo operativo chiaro e omogeneo. Si individuano prassi collettive e si ottimizzano mezzi disponibili per poter ottenere risultati. È così possibile fruire dell'insieme delle competenze presenti nel CD.

Gli obiettivi devono essere condivisi per orientare l'azione collettiva e contribuire alla sua efficacia.

Quanto più un obiettivo viene condiviso e acquisisce un valore comune tanto maggiori sono il coinvolgimento e la responsabilità di ogni persona perché pretesa e controllo lasciano più spazio a fiducia e comprensione. Un tale obiettivo, pertinente nell'ambito di un CD, ci permette di introdurre la parte dedicata alla competenza "far crescere". Infatti "l'obiettivo di crescere" risponde a una delle problematiche di base nei Centri Diurni e si adatta a ciascuno degli attori che vuole realmente intraprendere un percorso di cambiamento.

Curandosi, l'utente cresce. Comprendendo e sostenendo il suo membro "sofferente", la famiglia cresce. Mantenendo e/o sviluppando la sua competenza, garantendosi una sua professionalità, l'operatore cresce. Ottimizzando le sue risorse e la sua capacità operativa, l'équipe del CD cresce. Assumendo pienamente il suo mandato sociale, l'istituzione cresce. Accudendo tutti i cittadini senza nessuna distinzione, la comunità cresce. Ogni livello superiore raggiunto nell'obiettivo specifico di ogni attore (di dimensione individuale o collettiva) costituisce un beneficio diretto per lui stesso e contribuisce immediatamente allo sforzo comune. Con l'aiuto comune ognuno deve essere in grado di sentire e di interpretare come ogni successo dell'altro dà successo a se stesso. Concretamente, ogni attore deve essere invitato dagli altri a definire in che modo l'obiettivo comune si specifica al suo livello e come il raggiungimento del proprio obiettivo, essendo coerente con il progetto del CD, procura benefici agli altri.

Per concludere, non ci sono risultati senza strumenti di rilevazione e di monitoraggio. Il passo successivo consiste nel definire criteri di valutazione dei risultati ottenuti, avendo presente le similitudini delle prassi che hanno portato a questi risultati. L'esito del confronto dei risultati può indicare non solo dei livelli di qualità per il CD e la sua metodologia ma anche livelli di *performance* degli operatori. Il monitoraggio e la valutazione delle competenze esiste grazie a un confronto "oggettivo" dei risultati.

Il confronto dei risultati può generare anche dell'aggressività verso l'utente. E' importante averne consapevolezza e ricavarne energia costruttiva. Ciò può permettere di dare valore all'obiettivo fissato e di modificare gradualmente un obiettivo ottimistico in un obiettivo realistico, controllando la sincerità del percorso di trasformazione accettato dall'utente. L'aggressività dell'operatore risponde a quella che l'utente a volte esprime anche passivamente (ritardi, lavoro malcurato, ecc.). Il rischio relativo all'aggressività verso l'utente si assume a livello dell'équipe degli operatori sia per evitare la collisione che la collusione.

8.1.4 Orientamento al risultato: la declinazione della competenza

Sapere	conoscere il contesto sociale della malattia mentale conoscere i principali sintomi presenti nella popolazione degli utenti in carico conoscere le principali finalità delle azioni riabilitative valutare le risorse a disposizione definire chiaramente il proprio ruolo conoscere le proprie competenze e i propri limiti
Saper fare	organizzare il proprio lavoro con metodo e continuità preparare i propri interventi, saper programmare e anticipare osservare utilizzando strumenti di rilevazione e monitoraggio adattare e creare strumenti specifici al contesto analizzare la complessità definire obiettivi riabilitativi e funzionali coerenti con il contesto e realistici rispetto all'utenza individuare e sfruttare le opportunità d'imparare ascoltare con attenzione dialogare con gli utenti senza perdere di vista il proprio ruolo e i propri obiettivi gestire le risorse dell'utenza e del gruppo di lavoro
Saper essere	essere resistente allo stress e alle frustrazioni essere sufficientemente chiaro essere leale avere voglia di capire, essere curioso e attento ai dettagli avere un buon contatto con la realtà avere il senso delle responsabilità essere creativo ed avere entusiasmo essere ottimista e paziente

8.2 Far crescere

Una grande questione quella del "Far crescere" che attiene alla natura dei sistemi organizzativi nei servizi alla persona quali i Centri Diurni.

Questi infatti, secondo alcuni autori, possono essere considerati come "sistemi a legame debole".

In questi sistemi, gli eventi reagiscono l'un l'altro, ma al tempo stesso mantengono ognuno la propria identità e in qualche modo un segno della propria autonomia.

Per sottolineare l'impossibilità di applicare rapporti meccanicistici e lineari (legame debole) ad esempio tra interazione e azione, tra passato e futuro, ecc. questi autori hanno usato la metafora dell'agricoltura e dei suoi prodotti ritenendola la più adatta (rispetto alla costruzione di un edificio o alla realizzazione di un prodotto di fabbrica manufatto) a descrivere l'attività educativa: "..... In agricoltura non si comincia dal nulla, né si dirigono i propri sforzi verso materiale inerte e passivo. Si comincia al contrario da un procedimento complesso e antico: gli sforzi vengono organizzati in previsione di ciò che comunque succederà a semi, piante, insetti. Le colture, una volta piantate, possono attraversare qualche processo di sviluppo anche se il contadino passa il giorno a dormire. Qualsiasi cosa faccia, qualche aspetto del risultato finale

(prodotto) rimarrà costante". (Weich 1995)

Il "Far crescere" risiede nel conoscere la persona accettando la sua diversità, che comunque resterà e nel saper individuare subito gli elementi funzionanti per il progetto personale, valorizzarli e riprodurli strada facendo. Il gruppo fornisce un cibo affettivo ricco di dinamiche di vita. Esso è un supporto che permette alle persone di rispecchiarsi e di mediare le relazioni inter-individuali. Anche la creatività è un elemento fondamentale per contrapporsi alla distruttività patologica e permette di rielaborare positivamente le realtà individuali.

Con la parola "fare" interviene una persona (l'operatore) sul divenire di un'altra persona (l'utente) che cresce. Nel "Far crescere" c'è una dimensione contrattuale che si contrappone a un'unilaterale offerta di assistenza istituzionale. Da una parte c'è l'aspettativa di essere aiutato o guidato nel "crescere"; dall'altra, nel "fare" esiste una presa di responsabilità individuale.

In ambito riabilitativo il "Far crescere" necessita un controllo e un intervento sulle condizioni ambientali.

8.2.1 Far crescere l'utente in ambito riabilitativo

Una persona cresce insieme all'acquisizione di sapere, saper fare e saper essere. La crescita può essere misurata con l'aumento delle competenze da valutare in diverse dimensioni: tecnica, sociale, spirituale, ecc..

In ogni caso i progressi osservati da una persona non sono lineari e stabili. Per una data competenza esiste una sequenza di fasi: il crescere, il mantenersi e a volte il decadere. Queste fasi sono strettamente legate alla motivazione, cioè a come viene a priori percepita dalla persona l'utilità della competenza, all'uso effettivo della competenza nel tempo e, infine, ai rinforzi, o effetti, in termini di benefici sullo stare della persona che mette la competenza in atto nel suo ambiente.

Più una competenza è dinamica e ha una solida base, più è possibile costruire e insegnare altre competenze, attuare nuovi comportamenti e atteggiamenti.

Il progresso è correlato alla padronanza di un livello sempre più alto di complessità nell'associazione e nell'organizzazione di saperi e saper fare. Infine, una persona che sviluppa saperi e saper fare ha sempre più possibilità di mettersi in relazione con il mondo e di far emergere un saper essere particolare e strutturato.

In linea di massima, più è forte la motivazione più i progressi sono veloci.

Queste osservazioni hanno portato a razionalizzare il processo d'apprendimento seguendo un classico e universale schema a gradini che mira a sostenere e cadenzare la crescita in modo discreto, sequenziale e stabile per ogni persona normo-dotata.

Prima ancora di poter parlare di problemi legati a eventuali deficit, questo modello fallisce quasi sempre quando si applica a persone che soffrono di disturbi psichici. A volte, i gradini sembrano scendere. A volte, delle capacità già riacquisite lungo il percorso riabilitativo non fungono da fondamenti (pre-requisiti) come dovrebbero. A questo punto, la struttura piramidale dell'apprendimento crolla con tutti gli sforzi fin qui prodotti.

Le persone con sofferenza mentale hanno delle capacità d'apprendimento così alterate? Oppure imparano in modo essenzialmente distruttivo?

Non è assurdo pensare che se tra i numerosi sintomi legati alla malattia mentale gli utenti provano disturbi del pensiero, delle emozioni, essi hanno difficoltà a soddisfare le esigenze richieste dal processo d'apprendimento classico caratterizzato da forte linearità. Questa linearità non è un corollario a un nostro schema mentale così detto "normale"?

Nello stesso momento in cui si evince la difficoltà dell'utenza, si intuisce che la crescita mossa da un'energia naturale è comunque presente nel processo osservato.

Prima va compreso dove fallisce il processo normale per decidere come il modello dovrà essere rinforzato, adattato o sostituito?

A questo punto si capisce che ogni cambiamento anomalo può rivelare nuove possibilità per la comprensione del fenomeno e l'individuazione di soluzioni.

Tabella 33 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

Dopo un lungo periodo senza risultati in cui dava l'impressione di non capire il compito o di non voler imparare, all'improvviso, un utente ha fatto progressi. Con il tempo è anche diventato bravo nello svolgere i lavori del laboratorio. Però un giorno non ha più seguito la prassi, anzi si è impegnato a fare tutt'altre cose fantasiose invece di realizzare il lavoro correttamente come richiesto. "La malattia è quella! Non può che peggiorare. Ogni volta che subisce queste ossessioni non c'è più niente da fare" disse un operatore del DSM.

Non potendo più andare avanti perché con le sue ossessioni l'utente sembrava aver proprio dimenticato o non essere più in grado di mobilitare il suo nuovo saper fare, ho lasciato perdere i lavori e il progetto in corso per riprendere da capo la formazione. Come per la prima volta le cose sono andate bene. L'utente ha ri-acquisito velocemente un saper fare nel realizzare il lavoro del laboratorio. Ho pensato di essere un bravo insegnante.

Dopodiché si è riprodotto lo stesso scenario della "perdita di competenze"... Questa volta, contenendo la mia rabbia e volendo capire, ho chiesto all'utente di spiegarmi il motivo del suo comportamento. Ovviamente, malgrado diversi tentativi, non ho avuto risposta.

Allora ho pensato di proporgli un compito che riprendeva il tema della sua ossessione e richiedeva l'attuazione del saper fare "dimenticato". Rapidamente, ha messo spontaneamente in atto il saper fare necessario per realizzare il lavoro. Poco a poco mi ha chiesto informazioni complementari sul come eseguire meglio il lavoro. Con il tempo ha iniziato a interagire con l'ambiente di lavoro chiedendo anche soluzioni per realizzare compiti personali.

Il sintomo perde problematicità quando l'operatore accetta che l'utente dia un'importanza imprescindibile alla sua ossessione (alla sua visione del mondo). Proporre di finalizzare questo comportamento per farlo scomparire è una mossa strategica nel percorso di guarigione.

Sembra riduttivo solo considerare la crescita come acquisizione di competenze. Però, nell'ambito del laboratorio, questo approccio permette di avviare a un meccanismo. La crescita è più ampia e coinvolge le persone in un complesso sistema di relazioni, emozioni, sentimenti nel quale agisce un'energia naturale. Il "Far crescere" inizia quando si prova a comprendere veramente la persona; consiste nel riconoscere criticità e blocchi specifici a ogni caso, essendo consapevole dell'onnipresenza dell'energia di crescita per poter farla fluire. L'esperto del caso è sempre l'utente.

L'operatore deve dare la possibilità all'utente di esprimere un progetto personale grazie all'immaginazione e alla flessibilità, considerando che l'utente attribuirà un profondo valore al rapporto così stabilito.

L'episodio precedente è caratteristico e sintetizza perfettamente numerosi percorsi simili. L'insieme delle osservazioni realizzate così sul campo permette di tracciare un profilo generale del "processo di apprendimento o di cambiamento" composto da quattro fasi cicliche di durata variabile e da rotture nette.

1. *Fase preliminare e di acquisizione*, corrisponde a una ricerca di relazione e di fiducia con l'operatore e l'ambiente. È caratterizzata da uno sforzo di concentrazione e di cognizione da parte dell'utente, di ricerca di empatia da parte dell'operatore. La durata di questa fase è indefinibile (da ore a mesi). Infine si verifica un'accelerazione del processo di cambiamento come se si scaricasse l'energia contenuta in precedenza.
2. *Fase di performance*, gli elementi più significativi sono l'impegno e la qualità della dinamica. Il concetto di *performance* consiste, malgrado la particolarità della sofferenza, nel riprodurre comportamenti e svelare capacità sane. La qualità dell'esecuzione e/o della produzione non è in questo caso un criterio assoluto di valutazione.
3. *Fase di decadimento*, scatta di frequente all'improvviso. È difficile individuare elementi ambientali e indagare sui motivi personali che sono la causa di questo crollo. Spesso questa fase è repentina e lascia poco spazio all'intervento immediato. Segnando il tema della discontinuità, essa individua specificamente il vero problema della sofferenza mentale che non è costituito dalla difficoltà di apprendere/eseguire una prestazione, ma nel mantenerla nel tempo. Nella realtà operativa questa fase contiene un'infinità di casi alternando diverse fasi di *performance* e fenomeni di oscillazione.
4. *Fase di latenza*, sembra corrispondere a un periodo di sedimentazione delle precedenti fasi. È soggettiva, dipende dalla personalità, dai sintomi espressi e dalle convinzioni dell'operatore sul percorso di cambiamento dell'utente. La durata della fase di latenza è indefinita ma l'operatore può agire sul suo andamento.

Poiché questa ultima fase è sostanzialmente statica non è opportuno lasciarla perdurare troppo a lungo e alimentare un sentimento di fallimento del processo.

Dopo un intervento primario nella fase di latenza, che serve a ridurre quando necessario la sua durata e riavviare una dinamica di cambiamento, è possibile cercare di comprendere come agire a livello dei punti critici del processo.

Nella fase 1 la svolta nell'orientamento della dinamica del processo corrisponde all'attuazione della motivazione a fare e a imparare. Il lavoro per arrivare a questo punto di svolta è energeticamente impegnativo. Se si riesce ad anticipare il fenomeno si può mobilitare l'energia spesa per sfruttare più utilmente il tempo dedicato alle attività, maturare meglio l'esperienza vissuta e consolidare l'acquisizione dei saperi. Questa traslazione può essere ottenuta con azioni che vanno incontro all'utente a livello cognitivo e a livello affettivo. Richiede principalmente competenze di comunicazione, empatia, lavoro di gruppo, immaginazione.

A livello cognitivo:

- rendere chiaro e contrattuale l'obiettivo dell'attività in corso e la sua importanza nell'intero percorso;
- anticipare il significato e la portata del risultato da ottenere, principalmente grazie alla rievocazione di esperienze comuni o personali già vissute o desiderate. Imparare: "far reagire il successo finale del processo sul comportamento che l'ha prodotto, modificandolo" (Lorenz,1973).

A livello emotivo:

- utilizzare le dinamiche e integrare pienamente la persona nel gruppo di utenti del laboratorio che condividono un progetto;
- far lavorare le persone in coppie;
- valorizzare la partecipazione di ciascuno;
- dare a priori segni di fiducia e di considerazione;
- rassicurare;
- facilitare l'espressione della "diversità" non fastidiosa né per gli altri né per il progetto; proporre compromessi. " Allora ho pensato di proporgli un compito che riprendeva il tema della sua ossessione..."

La fase 2 appare in realtà la parte più sana del processo di apprendimento o di cambiamento. Qui si libera l'energia di crescita. La progressione veloce e il successo, quando si verifica, non sono legati alla bravura dell'operatore. Non è necessario intervenire in questa fase. Il problema sorge all'inizio della fase 3 in cui probabilmente interviene un altro processo, questa volta fallimentare. Conviene indagare e agire sulle possibili origini del fenomeno per poter ritardare la sua comparsa. Questo intervento deve, caso per caso, sbloccare il flusso dell'energia di crescita per favorire le dinamiche potenzialmente positive.

Per dare luogo alla fase 3 "di decadimento" agiscono sicuramente delle difese molto forti capaci di bloccare un processo di crescita. Ogni meccanismo di difesa va rispettato; questi blocchi, a effetto distruttivo, possono essere rimossi solo dall'utente. La fase 3 coincide con un meccanismo di riequilibrio che a questo punto l'utente utilizza per mandare un messaggio da considerare positivo e incoraggiante per il successo del percorso riabilitativo. Significa che è stato accettato in un primo tempo e poi avviato un cambiamento, ma mancano ancora elementi e tempo per poterlo confermare e proseguire.

La ripetizione del ciclo, in particolare la fase 1, dovrebbe smorzare i meccanismi fallimentari. Naturalmente non va riprodotto *ad vitam aeternam* un processo sterile. Quando l'operatore percepisce che l'utente si trova nella fase di *performance*, è opportuno che abbia con lui, nell'ambito della sua équipe o individualmente, discussioni brevi e regolari nelle quali tenta di dare spunti di riflessione. Se il problema persiste occorre intervenire a livello più profondo.

Un'altra origine del processo fallimentare può essere l'incapacità a rielaborare il processo appreso. Anche qui occorre un atteggiamento e un intervento particolare da parte dell'operatore che deve inventare e sperimentare metodi supplementari alle difficoltà di ragionamento e di associazione dell'utente, come ad esempio la sua difficoltà nella percezione dello spazio e del tempo.

Tabella 34 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

R. ha avuto difficoltà a lavorare con il computer. Non sembrava interessarsi a quello che succedeva sullo schermo. Pensavo che avesse anche problemi motori nella manipolazione del mouse. Poco a poco ha appreso una sequenza di operazioni semplici: digitare un testo, mettere in neretto, allineare, salvare il documento in modo automatico (senza manipolare cartelle), etc. Si dimenticava spesso questi processi operativi e bisognava ricominciare l'apprendimento quasi sempre prima di lavorare.

Un giorno abbiamo avuto bisogno di disegnare uno schema molto semplice composto da qualche riga e qualche quadrato, da inserire nel testo. Naturalmente dovevo assistere R. per questa fase di disegno poiché si trattava di un'attività completamente nuova. Sono rimasto sorpreso dalla sua incapacità di tracciare una linea orizzontale sul computer utilizzando il mouse (operazione quasi automatizzata dal programma utilizzato). All'improvviso ho avuto l'idea di far trascinare a R. il mouse lungo una squadra posizionata sul tappetino del mouse. R. è riuscita a tracciare in questo modo le prime linee, poi ha utilizzato il mouse normalmente senza squadra. Ha finito il testo e il lavoro con la mia assistenza, ponendomi domande durante il processo.

Da quel giorno ha saputo memorizzare i processi operativi con maggiore facilità, trascinare e selezionare con il mouse, spostare intuitivamente da una cartella ad un'altra e, all'occorrenza, utilizzare con destrezza i due pulsanti del mouse.

Grazie ad un semplice strumento come la squadra, quest'utente è riuscita ad associare il mouse a quello che succedeva sullo schermo e nel computer.

La difficoltà di percepire la complessità e la realtà esterna può essere fronteggiata con maggiore successo lasciando spazio all'azione individuale dell'utente. Bisogna partire dal mondo percepito dall'utente per portarlo a una realtà condivisa ma circondata da confini chiari. Anzi l'utente deve partire dal suo mondo per entrare nel mondo dell'operatore e quest'ultimo glielo deve permettere. I due episodi precedenti riflettono anche questo aspetto del problema.

Per acquisire il "far fare" come se fosse quasi un riflesso virtuoso e lasciare l'utente sperimentare e scegliere, occorre ascoltare e sfruttare il contesto, spingere l'utente al fare piuttosto che intervenire *ad libitum*. E' inutile fornire spiegazioni dotte, dimostrazioni o processi perfetti se alla fine l'operatore fa al posto dell'utente; questo è un comportamento altamente invasivo, inibitorio e de-responsabilizzante.

Tabella 35 - Racconto esemplificativo delle competenze agite

S. è una giovane utente che ha accettato di partecipare a un corso all'esterno del CD. Il corso si svolge abbastanza lontano dal suo domicilio però è facilmente raggiungibile con una linea di metro senza cambi. Si va poi a piedi per meno di 10 minuti. Per i primi incontri S. ha chiesto di essere accompagnata. La prima volta è venuta con la madre e un operatore. La seconda volta è stata accompagnata dall'operatore per tutto il percorso dal CD fino al luogo del corso. La terza volta l'operatore le ha dato appuntamento all'uscita della metro per andare insieme a piedi fino alla sede del corso.

Non è stato possibile modificare quest'ultima prassi. S. provava il bisogno di arrivare accompagnata al corso.

Un giorno l'operatrice che accompagnava S. non era disponibile. E' stato deciso di non sostituirla e di chiedere con un giorno d'anticipo a S. di scegliere di andare da sola al corso o di perdere una lezione perché essendo già sotto-organico non si voleva togliere un altro operatore dal CD.

S. ha deciso di andare da sola al corso e forse ha scoperto una sua capacità d'autonomia.

Infine l'attuazione di un comportamento non-ambivalente e rispettoso delle regole e dei confini da parte dell'operatore è una fonte di crescita per l'utente che ha bisogno di conoscere modelli

di normalità e contemporaneamente di essere rispettato nelle sue scelte comportamentali. L'operatore che ha interiorizzato fattori di crescita dell'utente, per tirarli fuori utilizza come strumento riabilitativo il proprio comportamento che guida implicitamente l'utente lungo il suo percorso.

Nel "Far crescere" sono la qualità e la rielaborazione positiva dell'esperienza vissute autonomamente dall'utente che contribuiscono all'apprendimento di nuove capacità e comportamenti.

8.2.2 Tre approcci metodologici a disposizione dell'operatore

Tre approcci accompagnano l'utente verso il suo processo di trasformazione. Sono elaborati intorno alla concezione del tempo vissuto e alla percezione di una realtà. Il passato è la memoria. Il presente è la percezione (emozione e pensiero). Il futuro è il progetto. Questi approcci indipendenti possono essere utilizzati contemporaneamente in maniera complementare nell'edificare un percorso integrato, oppure possono essere utilizzati parzialmente per rispondere a un immediato bisogno o a una particolare problematica.

L'approccio contrattuale e progettuale

L'approccio contrattuale e progettuale mira ad affrontare le difficoltà legate al concetto della consequenzialità delle proprie azioni. Tenta di migliorare la percezione da parte dell'utente della responsabilità rispetto alle proprie scelte, del senso delle attività svolte nel percorso riabilitativo e del tempo.

Questo approccio raggruppa il saper far crescere e il saper orientarsi verso un risultato atteso e concordato. Di fatto, costituisce un nesso pratico tra le due competenze dell'area "Realizzare il progetto".

Nella nostra civiltà, il tempo è lineare e ha una direzione. La Storia ha un senso che guida il progresso dell'Umanità. Per dare senso alla propria vita, l'individuo immerso nella propria società d'appartenenza, ha bisogno di percepire la direzione del proprio tempo. Deve re-integrare passato, presente e futuro per costruire una storia di vita coerente.

La direzione è qualcosa che si può percepire solamente in relazione a spostamento e riferimento. Lo scopo dell'approccio progettuale e contrattuale è di ricomporre e orientare la linea del tempo.

Il progetto crea un futuro con effetti nel presente e comporta la necessità di avviare diverse azioni mirate alla sua realizzazione. Il contratto crea il punto di riferimento e la cerniera tra presente e passato.

Tre interventi concorrono al successo dell'approccio progettuale e contrattuale:

- l'inserimento dell'utente in un progetto definito in relazione alle sue capacità attraverso la scommessa che gli effetti dell'energia di crescita provochino un movimento;
- il bilancio, con l'utente, delle capacità e delle difficoltà in relazione al suo "stare" nel progetto che viene contrattualizzato (definizione di obiettivo o impegno a seguire un percorso riabilitativo personalizzato, con delle date e dei mezzi) e verbalizzato per servire da riferimento;
- il confronto fra i risultati del progetto e il contratto. I risultati concretizzano un nuovo presente. Il contratto, con le difficoltà connesse e superate, si sposta nel passato.

L'approccio maieutico e pragmatico

Sebbene stimoli la creatività e faciliti la progettualità, l'approccio maieutico e pragmatico si colloca più nell'azione immediata ed è più spontaneo e meno formale rispetto all'approccio contrattuale e progettuale. Le sue due componenti sono complementari e ben adatte al contesto riabilitativo. Anch'esse sono legate ai concetti di responsabilità, di senso dato alle attività svolte e di tempo. Questo approccio è anche molto legato alla consapevolezza di sé.

La "maieutica" evoca per eccellenza l'idea di recupero delle capacità. Si interessa al tempo passato e alla storia dell'utente; essa fa parte dell'aspetto psicoterapeutico del CD.

L'applicazione di questo metodo, basato sulla stimolazione e sull'espressione della memoria nella costruzione di un pensiero, rende partecipativo il lavoro svolto con gli utenti, è responsabilizzante, genera autostima.

Quando si pensa al metodo maieutico inevitabilmente si pensa alla filosofia, alla manipolazione e alla rielaborazione di concetti e alla loro verbalizzazione. Questo aspetto è utilizzato per definire e fare comprendere correttamente il senso del lavoro da svolgere, dargli valore, rendere più partecipe ogni membro del gruppo, avviare una collaborazione. Però in questa sede limitare l'idea solamente all'ambito linguistico sarebbe contro produttivo. Si tratta infatti anche di inserire i principi del discorso maieutico nel fare, utilizzando la memoria procedurale, che sappiamo meno alterabile rispetto, ad esempio, alla memoria episodica, e di riuscire in questo modo a creare una continuità abilitativa (struttura gerarchica della memoria - Schacter-Tulving 1994). In pratica, le strategie vanno dal dire all'utente di modificare un processo e fargli osservare la variazione ottenuta sul risultato, al non intervenire finché l'utente non avvia da solo un compito o si trova bloccato nell'azione, al preparare (quasi mettere in scena) e vivere con l'utente delle situazioni in cui si sviluppa uno scambio non verbale basato sulla produzione di un oggetto e in cui l'utente deve percepire l'ambiente e autonomamente modificare poco a poco il suo saper fare per andare avanti nel processo tecnico.

La componente pragmatica si riferisce al tempo presente e alla necessità di proporre equilibrio e soluzioni di vita accettabili per l'utente. Fa parte dell'aspetto psico-pedagogico e sociolavorativo del CD.

Essa permette di non bloccare l'esperienza che l'utente sta vivendo nell'acquisizione e/o nella rielaborazione di competenze nuove. Collocato nel momento, l'intervento dell'operatore si focalizza sugli aspetti positivi e privilegia "le buone intenzioni" dell'utente.

L'autostima dell'utente viene sviluppata grazie all'uso di rinforzi positivi inseriti nel contesto. Va incoraggiato il proseguimento produttivo dell'agire dell'utente (anche se diverso dal modello fornito) segnalando però le divergenze rispetto al processo "conforme". Si notano le differenze concrete rispetto al risultato atteso. Nello stesso modo, vanno rilevate le soluzioni non-produttive dell'utente e insieme si valorizza l'errore come opportunità di andare avanti e non come irrimediabile sbaglio.

L'efficacia della componente pragmatica richiede da parte dell'operatore competenze di flessibilità e la capacità di utilizzare i comportamenti, anche sintomatici, dell'utente al fine di metterlo in situazione di crescita. Per esempio, nell'ambito di un lavoro di segreteria e di archiviazione, è possibile sfruttare un'ossessione del controllo per mettere due persone in grado di socializzare nel verificare l'accuratezza dei dati presenti.

Per mettere in rapporto l'utenza con le finalità del CD l'operatore deve anche avere un'ottima percezione spazio-temporale. È necessario saper cogliere nell'attimo la complessità di una situazione e le sue implicazioni sull'ambiente e sulle persone. Cioè, bisogna abbracciare tutto il corso del tempo in cui si vive l'esperienza presente integrando anche la storia e i probabili sviluppi, elaborare una mappa mentale per posizionare tutti gli attori coinvolti e comprendere le sinergie tra i loro ruoli.

L'approccio imprenditoriale: l'impresa sociale, acceleratore di crescita.

"Ogni individuo è cresciuto e sempre dovrà crescere, in un medium sociale. Le sue risposte diventano intelligenti o hanno senso, semplicemente perché egli vive e agisce in un medium di significati e di valori condivisi" (John Dewey - 1916).

L'approccio imprenditoriale ci porta oltre l'approccio pragmatico immergendo l'agire dell'utente in una realtà.

Questo approccio rimanda alle competenze d'immaginazione e di lavoro di squadra ed esiste quando l'operatore si rivolge verso l'esterno e adotta un comportamento di ricerca di soluzioni concrete e d'innovazioni per soddisfare i bisogni del percorso riabilitativo.

Esulerebbe dall'argomento di questo capitolo sviluppare il complesso concetto d'impresa sociale. Però, possiamo evidenziare delle caratteristiche che essa possiede nel "Far crescere".

L'ambiente lavorativo crea un'identità adulta che permette di uscire dalla presa in carico istituzionale assistenziale e può sostituirsi vantaggiosamente all'ambiente "protetto" del CD. Grazie ai significati simbolico-culturali che veicola, il lavoro è un mezzo efficace, socialmente normalizzante e individualmente strutturante che permette la realizzazione del Sé con l'integrazione del Sé sociale.

L'impresa sociale legata al CD allarga l'area dell'intervento riabilitativo. È un acceleratore di crescita che crea dentro uno spazio virtuoso un *continuum* di realtà. Trafigge le barriere e altre forme di categorizzazione della malattia mentale.

L'impresa sociale richiede delle competenze relazionali, emotive e lavorative non solo in termini di mestieri, ma di vita. Con l'attuazione di abilità residue e la possibilità di ottenere una contropartita sociale o economico-sociale che dà valore al lavoro fornito, la partecipazione a un'impresa sociale crea un sentimento di potere sul corso della propria vita. L'utente può trasformare il suo stato di frustrazione o di disimpegno in uno stato di impegno.

Per necessità operativa e "filosofica", l'operatore "imprenditore" deve abbandonare la maschera del proprio ruolo istituzionale e sfruttare le opportunità che gli dà la sua nuova funzione contestuale. L'operatore diventa un collaboratore e un facilitatore.

8.2.3 Crescita, équipe e comunità

Nell'ambito dell'équipe il "Far crescere" si esprime attraverso la volontà di condividere non solo l'agire dell'operatore ma anche il suo percepire e il suo pensare. Bisogna collaborare per costruire un sapere intorno alle attività e agli scopi perseguiti, fino ad arrivare a una vera meta-conoscenza collettiva del proprio mestiere di operatore di CD. L'approccio contrattuale e progettuale è fondamentale a livello dell'équipe. Si concretizza nell'elaborazione del progetto

annuale del CD operando un'interazione tra tutti gli *stakeholder*. Il meta-progetto unificante, discusso per essere realizzato collettivamente, costituisce la *condicio sine qua non* del funzionamento del CD. Forma la cornice nella quale si riconosce ognuno degli *stakeholder*. Infine, l'operatore deve comprendere, come accennato precedentemente, che anche il progetto cresce insieme a tutti, questo in ciascuna delle sue dimensioni le più centrali: progetto del CD, progetto con l'utente, progetto con le famiglie e progetto dell'utente.

All'esterno il "Far crescere" si esprime intorno a due mondi complementari che rispecchiano anche la struttura di base del CD rappresentata dall'équipe socio sanitaria integrata. Da una parte, l'équipe, e non più l'operatore da solo, può avviare e sostenere lo sviluppo di iniziative esterne (imprese sociali, ecc.). Dall'altra, è essenziale edificare una rete relazionale e socio-sanitaria che procuri delle soluzioni d'inserimento per gli utenti in carico e crei per l'operatore un'appartenenza socio-professionale utile alla sua evoluzione e all'elaborazione di sapere istituzionale e inter-professionale.

E' notevole la maggiore professionalità e resistenza ai fenomeni di *burn out* delle persone che possiedono una densa e diversificata rete relazionale.

Risulta evidente che la crescita dell'operatore è legata alla crescita dell'équipe, alla crescita dell'utenza e alla crescita della comunità.

8.2.4 Far crescere: la declinazione della competenza

Sapere	<p>conoscere le modalità di percezione dell'esperienza da parte degli utenti</p> <p>conoscere le difficoltà di rielaborazione</p> <p>conoscere meccanismi funzionanti nel costruire un'esperienza sufficientemente buona per l'utenza</p>
Saper fare	<p>rielaborare la propria esperienza nel contesto quotidiano presentato dall'utente, sfruttare le opportunità di far imparare</p> <p>dare rinforzi condizionati ai fatti</p> <p>spiegare l'esperienza appena vissuta in termini semplici, immaginativi e collegarla a un senso afferrabile dall'utente</p> <p>creare situazioni di sperimentazioni protette e mettere l'utente in situazioni che mirano a renderlo autonomo</p> <p>rendere partecipe l'utente</p> <p>sapere preparare e fare dimostrazioni, saper far fare dimostrazione</p> <p>proporre soluzioni alternative in caso di difficoltà</p> <p>stabilire e verbalizzare dei limiti precisi alla propria azione e a quella degli utenti</p> <p>fare un bilancio di competenza</p>
Saper essere	<p>essere altruistico</p> <p>avere una sensibilità alla pedagogia</p> <p>essere accogliente e disponibile</p> <p>essere rigoroso, ma non esageratamente critico</p> <p>essere positivo anche di fronte all'errore e all'insuccesso</p> <p>avere senso pratico</p> <p>tenere un comportamento esemplare</p> <p>essere immaginativo</p>

9 Il Centro Diurno, laboratorio di nuove competenze professionali

Nell'ambito del processo di de-istituzionalizzazione e dello sviluppo della psichiatria di comunità nella seconda metà del secolo scorso, i Centri Diurni, nelle loro varie declinazioni ed assetti organizzativi, hanno rappresentato un fecondo "laboratorio" di ricerca e intervento, la cui importanza è testimoniata da una notevole massa di dati qualitativi e quantitativi emersi in diverse esperienze a livello nazionale e internazionale. Se teniamo conto della complessità della cura e della riabilitazione, sottesa dal paradigma bio-psico-sociale come costruito esplicativo dei disturbi mentali gravi, nessun modello di intervento considerato isolatamente è in grado di esaurirne le molteplici articolazioni. Necessariamente, il percorso che un paziente svolge in un Centro Diurno ha luogo parallelamente ad altri interventi di tipo biologico (farmacoterapie), psicologico (interventi psicoterapeutici), sociale (il ruolo della famiglia, i processi pro-attivi di inclusione sociale, ecc.). Ogni intervento è inserito quindi in una rete e a ogni nodo di essa corrisponde una tipologia di servizio con cui il Centro Diurno deve dialogare e confrontarsi (servizi territoriali, Comunità Terapeutiche, Case Famiglia, Servizi per Adolescenti, ecc.).

Le esperienze maturate in questi anni hanno contribuito a sviluppare un sapere comune, un sapere che deve interrogarsi sul trattamento e sulla cura del disagio psichico, che sappia individuare quali trattamenti basati sull'evidenza e sull'esperienza si siano dimostrati efficaci per l'approccio a una malattia grave e persistente quale quella mentale e per il raggiungimento di un esito "favorevole", quale può essere considerato quello del mantenimento o del recupero di validi ruoli sociali, e/o lo sviluppo di percorsi di vita sufficientemente soddisfacenti.

Una delle specificità del Centro Diurno è quella di avere a che fare con delle persone che, se pur portatrici di sofferenze, di disturbi mentali, vanno però curate proprio partendo dal riconoscerli in primo luogo come persone, piuttosto che come malati. È proprio prendendosi cura di loro e delle loro "circostanze" con questo tipo di approccio che il trattamento della malattia può avere maggiore efficacia. Spesso sono proprio gli utenti a non riconoscersi questo diritto e uno dei compiti degli operatori è quello di aiutarli ad individuarsi, a ascoltarsi, a decifrare quei segnali spesso incomprensibili di quel disagio così intenso, a volte devastante, che gli impedisce di vivere.

Con questo lavoro ci proponiamo di fornire degli strumenti alle persone che a vario titolo si occupano di disagio mentale, che possano contribuire a offrire nuove chiavi di lettura e di intervento.

I primi Centri Diurni sono nati in Italia agli inizi degli anni 80, ma è a metà degli anni 90 che hanno avuto una diffusione più capillare sul territorio, maturando quindi una considerevole esperienza, un periodo considerevolmente lungo, tanto da rendere lecito aspettarsi la

formulazione di una precisa consapevolezza del proprio operare, così come la produzione di una vera e propria cultura. Il problema non riguarda solo i Centri Diurni ma tutti i servizi territoriali. A questo proposito Correale si domanda se si sia sviluppata una cultura dei Servizi matura e consapevole, capace di confrontarsi con gli sviluppi delle conoscenze scientifiche più recenti e quali ne siano le caratteristiche e il profilo.

"Una potente identità culturale è la componente antimanicomiale, lotta allo stigma e inserimento sociale... non si è sviluppata la seconda acquisizione ovvero la consapevolezza dei risultati raggiunti e l'orgoglio relativo, ma si ha l'impressione di essere ancora al punto di partenza. La cultura c'è ma non riusciamo a vederla" (Correale, 1999).

Nostro obiettivo è di rendere esplicita e patrimonio condiviso questa cultura. Tra tutti i Servizi Territoriali i Centri Diurni sono quelli che, partendo da *setting* di osservazione e di trattamento sviluppati dalle profonde trasformazioni anti-istituzionali, più degli altri hanno sviluppato una cultura anti-istituzionale. Non a caso parliamo di cultura, perché non si è trattato solo di una presa di posizione ideologica, ma di una vera e propria cultura che ha lottato, ma anche dialogato, con il sapere tradizionale, non lo ha semplicemente rifiutato, ha cercato di superarlo, mettendo in discussione criticamente gli approcci disciplinari ed i fondamenti epistemologici "tradizionali", siano essi a centralità biologica, psicologica o sociale. Si sono poste realmente le basi per nuovi riferimenti multidisciplinari.

In tal senso nel corso degli anni abbiamo elaborato procedure innovative per quanto riguarda i processi di cura e di integrazione sociale, anche se a volte tali procedure sono in parte rimaste implicite, se non addirittura scotomizzate.

I Centri Diurni sono stati inoltre promotori di una cultura dell'integrazione nelle sue più variegate sfaccettature. Una integrazione innanzitutto del paziente, delle sue varie parti con se stesso, una integrazione del paziente con il contesto familiare e sociale; una integrazione di diverse competenze e saperi che necessariamente devono dialogare tra di loro, percorrendo strade nuove, nuovi punti di vista e prospettive; una integrazione tra i vari servizi del DSM e con il DSM stesso. La cooperazione sociale rappresenta in modo significativo tali percorsi, essendo uno degli esiti più importanti dei processi di integrazione, ma al tempo stesso uno dei più potenti promotori di integrazione.

Il lavoro con le patologie gravi richiede competenze nuove, non è sufficiente la formazione tradizionale. La maggior parte delle persone che frequentano i Centri soffrono di disturbi psicotici ed è risaputo che le persone che soffrono di tali disturbi hanno un codice di pensiero diverso dagli altri. Nella psicosi la dimensione del tempo è profondamente diversa, così come i criteri logici; se nella relazione terapeutica non si tiene conto di questa differenza difficilmente gli interventi potranno avere una reale efficacia, perché se non riusciamo a decodificare, a tradurre, non potremo entrare in relazione con la loro costruzione del mondo e di conseguenza creare i presupposti di una reale comunicazione.

Là dove il disturbo psicotico è più grave, le persone che ne soffrono, più o meno consapevolmente, cercano di svuotare di senso e significato la maggior parte delle cose che li riguardano. Tutto

viene appiattito e neutralizzato, tutto accade all'interno di una cornice di prevedibilità. Il motivo è comprensibile, nella loro storia queste persone hanno provato un livello di sofferenza talmente grande, talmente devastante, da non poter essere tollerato, tanto da dover ricorrere a meccanismi di scissione. Hanno dovuto rompere con la realtà, crearsi una propria realtà più accettabile, costruirsi un mondo alternativo; sono "impazziti" per allontanarsi da quel dolore, che anche nel linguaggio comune e gergale viene definito "pazzesco". I tentativi di integrazione sono vissuti, percepiti e temuti come un grande pericolo, perché rischiano di ripresentare quel dolore da cui hanno cercato e continuano a cercare di proteggersi.

9.1 Attribuzione di senso e significato

Questo pone un grande paradosso all'interno del nostro intervento riabilitativo. Quando proponiamo processi di integrazione, ovvero la possibilità di mettere insieme le parti che sono state scisse inevitabilmente andiamo a reintrodurre il contatto con quel dolore da cui queste persone sono dovute fuggire. Questo spiega la strenua resistenza che a volte i nostri utenti mettono in atto per difendersi. Tendono a riprodurre un tempo immobile, potremmo dire a "non-vivere" in esso, ove nulla accade e nulla cambia; lo scorrere del tempo è alterato e circolare, spesso ieri, oggi e domani sono confusi e perdono di significato, si è immersi in un presente-passato cristallizzato, come nella favola "La bella addormentata nel bosco", dove un incantesimo ha sospeso la vita, solo che qui non arriverà il Principe Azzurro.

A volte i pazienti psicotici ci fanno sentire impotenti e fanno sentire inutile, se non fallimentare il nostro lavoro. L'accanimento, anziché avere successo, aumenta la chiusura, si va al muro contro muro e loro sono molto più abili di noi nel raggiungere il loro obiettivo, ovvero la riduzione della sofferenza e del dolore.

Essere a conoscenza di questi meccanismi e saperli governare è fondamentale affinché il nostro lavoro abbia successo e si possa instaurare nel paziente la fiducia al cambiamento, è un processo lungo e faticoso, ma i risultati ottenuti sono spesso sorprendenti e molto più stabili.

La mancata padronanza e consapevolezza del sapere che abbiamo acquisito può farci aderire, spesso senza rendercene conto e con le modalità più disparate, al tranello che la patologia grave ci tende.

È indispensabile sapere che cosa stiamo facendo e come lo stiamo facendo, padroneggiare i processi, altrimenti anche il nostro lavoro diventa "svuotato di senso e significato". Dobbiamo, in primo luogo su di noi, sul gruppo di lavoro, attivare quei processi integrativi che sono la peculiarità del lavoro terapeutico dei Centri Diurni. Percepire e quindi relazionarsi all'utente come una persona, coglierne le diverse sfaccettature, le diverse parti, tollerare la frammentazione, la contraddittorietà, proponendo modelli elastici di integrazione, soprattutto nella prassi quotidiana, sotto qualsiasi profilo. Mettere in relazione la persona con i propri pensieri, sentimenti, emozioni, laddove possibile cercare di decifrarne il senso, restituire una comprensione. Creare un senso di continuità, fare sì che ci sia un nesso tra ieri e domani e che l'oggi sia il ponte tra di loro.

Dobbiamo dare, ma soprattutto avere, un senso al nostro operare, al nostro essere promotori di integrazione a tutti i livelli.

Particolarmente utile è fare riferimento a ciò che viene chiamata la memoria autobiografica. Il nostro senso di identità è strettamente connesso con la percezione dello scorrere del tempo, la continuità consiste nel percepire la presenza di un filo conduttore che unisce gli eventi della nostra vita. È la memoria autobiografica a permetterci di raccontarci continuamente la nostra vita, quella che collega tra di loro gli eventi reali con quelli emotivo-affettivi, integrandoli con quelli passati. Il senso del tempo viene percepito come un fluido scorrere vitale, i fatti, le emozioni, le relazioni contribuiscono a corroborare il senso di identità.

Quando questa identità narrativa è danneggiata, il senso del tempo è profondamente alterato, non c'è una percezione di un fluire integrato, gli eventi si susseguono frammentati, incomprensibili e angoscianti. Non c'è quel fondo, quel senso di identità sul quale inserire i nuovi eventi.

Buona parte del nostro lavoro consiste nel fornire agli utenti la possibilità di ricostruire, o addirittura di costruire, un senso di identità che, alleviando il senso di angoscia e di frammentazione, possa permettere loro di riappropriarsi di uno scorrere del tempo più personale e tollerabile. Questa è una pre-condizione, se non addirittura "la pre-condizione", affinché il nostro intervento possa attivare dei circoli virtuosi.

Molta attenzione deve essere posta quindi sulle capacità degli operatori, la cui sensibilità e duttilità è fondamentale nell'accogliere e potenziare le risorse degli utenti. Lo sguardo svolge una funzione molto importante, la capacità di osservare, di vedere l'altro, sapere che, solo se noi vogliamo, lui ha molto da insegnarci.

Vladimir Nabokov nel suo romanzo "Cose trasparenti" (1995) ci offre una prospettiva interessante:

"Quando noi ci concentriamo su un oggetto materiale, ovunque esso si trovi, il solo atto di prestare ad esso la nostra attenzione può farci sprofondare involontariamente nella sua storia ... Cose trasparenti attraverso le quali balena il passato!"

Se ciò è vero per gli oggetti, lo è ancora di più per una persona portatrice di una sofferenza, sprofondare nella sua storia, capire la sua storia rappresenta allora uno strumento potentissimo di comprensione.

Di fondamentale importanza è il rapporto con le famiglie dei nostri utenti per poter, come dice Nabokov, sprofondare nella loro storia. I familiari sono parte integrante del processo terapeutico e vanno aiutati a comprendere e condividere il percorso terapeutico. Spesso, stremati dalle fatiche del loro vivere quotidiano, si sentono sconfitti e inevitabilmente in questo modo, consapevolmente o inconsapevolmente, si trovano a boicottare il percorso. Prendersi cura non può che partire da un obiettivo centrato sul cambiamento, ma indurre cambiamenti non sempre è ben visto dai familiari, prevalentemente perché va a rompere degli equilibri omeostatici faticosamente raggiunti. Ovviamente nessuno di noi commette l'errore di colpevolizzare, direttamente o indirettamente le famiglie, o di schierarsi dalla parte dell'utente,

ma è sempre utile monitorare tale pericolo che subdolamente potrebbe insinuarsi. È utile svolgere una funzione di sostegno nell'affrontare le conseguenze del cambiamento, così come è necessario coinvolgere la famiglia nella individuazione dei percorsi e condivisione degli stessi, per costruire una alleanza terapeutica, offrendo e chiedendo aiuto. È importante far sentire ai familiari che il loro aiuto è parte del processo terapeutico, un punto di forza, spiegando che probabilmente in alcune tappe del percorso alcune cose potranno temporaneamente peggiorare. Anche in questo caso l'attribuzione di senso, spiegare loro quale è il percorso, il processo, renderlo comprensibile, permette di stabilire un'alleanza estremamente importante e al tempo stesso di ridurre la loro rabbia e angoscia.

Va ricordato che la loro vita è gravemente danneggiata e solo attraverso una sana e forte alleanza con loro si possono attivare dei processi di cambiamento. Una "sana alleanza" non significa accondiscendere alle loro richieste, a volte del tutto contrarie ad aspetti evolutivi. L'alleanza si basa sull'ascolto, sulla comprensione, ma anche sui dissensi, sui differenti punti di vista, si costruisce insieme, giorno per giorno con pazienza, nel rispetto delle reciproche diversità.

I familiari vanno aiutati a leggere e accogliere i piccoli cambiamenti e a tollerare le frustrazioni, così come a percepire e mantenere una realistica fiducia. Di grande utilità sono i gruppi in quanto hanno la possibilità di sentirsi "unici" nel loro dolore, ma al tempo stesso di potersi specchiare e confrontare con le altre "unicità". A questo scopo, all'interno dei Centri Diurni, quindi a stretto contatto con gli operatori fin dalla loro istituzione, sono nate alcune associazioni di familiari. Negli ultimi anni c'è stata una grande diffusione nei Servizi dei gruppi di psicoanalisi familiare che ha decisamente favorito la comunicazione e comprensione tra genitori e figli che spesso ha comportato dei significativi miglioramenti nella vita dei nuclei familiari.

Rendere comprensibile. Questa è una delle chiavi di volta: ciò che non si capisce genera angoscia, rabbia, delusione e quasi sempre rinuncia.

L'aggressività e il risentimento dei familiari possono diventare un utile strumento di lavoro se si riesce a stabilire un'alleanza. Con alcune famiglie ci si sente in momenti particolari anche due volte al giorno e nel corso del tempo le telefonate, da rabbiose e di denuncia, sono diventate di collaborazione e condivisione del progetto terapeutico. Un percorso circolare che si implementa e trasforma: comprendere, spiegare, ascoltare, farsi spiegare, capire, restituire, ascoltare e condividere.

Alcuni familiari si rapportano con il servizio con un atteggiamento fortemente rivendicativo, altri con aspettative quasi magiche, ma sempre tutto ruota intorno al concetto di danno. Hanno subito qualcosa che deve essere risarcito. C'è una ferita narcisistica che non riesce a cicatrizzarsi. Questo è un problema estremamente rilevante che ha implicazioni a vari livelli ed è un piano sul quale c'è una collusione con il piano sociale e politico. Ci sono pressioni del politico, dell'assessore, del direttore del DSM, ma a volte capita che sono gli operatori o gli stessi Servizi a porsi con atteggiamenti riparativi, offrendo sempre maggiori prestazioni, dove un corretto approccio richiederebbe una riduzione dell'assistenza e uno sviluppo dell'autonomia. Un "servizio mamma" che accudisce il suo "cucciolo smarrito". Nulla potrà riparare il danno, nessuna riparazione sarà possibile.

9.2 Possibili approcci teorico-metodologici alla complessità del disturbo mentale

Il laboratorio costituito dalle molte ed eterogenee attività che si svolgono nei Centri Diurni deve perciò essere inserito in un paradigma di riferimento, che consenta un uso consapevole degli interventi e degli strumenti di verifica. In Italia e in Francia, in particolare, l'assistenza diurna ai disturbi mentali si è mossa fin dall'inizio, prevalentemente, all'interno di un alveo teorico-clinico di tipo psicodinamico, che ha privilegiato l'osservazione dei movimenti relazionali, le dinamiche di gruppo e quelle istituzionali. Tutto questo è accaduto contemporaneamente alla rivoluzione attuata da Basaglia e dalla legge 180. Nella maggior parte dei casi c'è stata una fertile integrazione che ha portato alla nascita della cosiddetta "psichiatria territoriale", cosa che ha favorito lo sviluppo di approcci più chiaramente orientati alla riabilitazione psicosociale.

Quali sono allora i modelli teorici a cui possiamo far riferimento per articolare e comprendere la complessità del nostro lavoro? Proveremo a individuare alcuni elementi teorici che ben si prestano come possibile chiave di lettura del nostro operare, per verificare quanto possano esserci utili nella pratica clinica. Proprio per quanto affermato precedentemente abbiamo attinto al modello psicoanalitico. Gli autori a cui facciamo riferimento sono Gabbard, Lichtenberg e Stern.

Le teorie basate su spinte motivazionali multiple di tipo relazionale e organizzativo hanno evidenziato la centralità del ruolo dell'oggetto nella costituzione dell'esperienza, compresa quella intrapsichica. Per oggetto si intende una persona di riferimento, ma anche un oggetto inanimato, costrutti mentali e rappresentazioni ideali di persone o cose, ovvero oggetto per la psicoanalisi è qualsiasi cosa o persona con cui un individuo entri in relazione. L'attenzione posta dalle nuove teorie al ruolo strutturante dell'oggetto nelle prime esperienze relazionali, evidenzia una nuova fenomenologia dei fattori terapeutici. Gli autori contemporanei si stanno interrogando su quale sia la natura dei processi cognitivi e affettivi attraverso i quali antiche salde organizzazioni psichiche patologiche possano essere modificate dalle nuove esperienze. Ovvero per calarci direttamente nelle nostre realtà curative dobbiamo continuare a chiederci in che modo l'esperienza che fa un paziente possa essere trasformativa per il suo mondo interno.

Quali sono quindi gli elementi trasformativi? Quali sono i loro limiti e quale è la durata nella mente del paziente? Esamineremo alcuni dei concetti chiave proposti dalla attuale ricerca strettamente correlati tra di loro.

Il processo di cambiamento viene messo in moto prevalentemente dal fatto che l'operatore si rende disponibile allo sviluppo di una nuova relazione d'oggetto con il paziente. Gli attuali orientamenti analitici stanno rivalutando la funzione del sostegno e dell'esperienza vissuta nel qui e ora. Il cambiamento è possibile anche attraverso l'esperienza di un nuovo tipo di relazione con l'altro, l'attenzione maggiore viene focalizzata sul modo in cui l'interazione tra il curante e il paziente fornisce *insight* sugli schemi conflittuali e sulle relazioni oggettuali del paziente.

Attualmente un aspetto importante consiste nel cercare di aiutare il paziente a divenire consapevole degli schemi inconsci espressi nel suo comportamento non verbale, così che il

paziente possa acquistare un senso di controllo e comprensione di ciò che continua a ripetersi in ogni relazione. Questo processo consente un'espansione della realtà psichica attraverso la mentalizzazione o lo sviluppo della funzione riflessiva.

Nei gruppi che conduciamo abbiamo sempre cercato di rendere comprensibile, attraverso dei nessi, quella sensazione di disagio che il paziente prova; nel cercare insieme un possibile senso l'importante non è tanto se il nesso sia esatto, quanto che dia una possibile lettura, "mi sento male per questo motivo". Lo schema di riferimento è quello della madre che, prendendosi cura, "traduce" il malessere "hai fame, hai sete" e così via e rassicura il figlio "interpretando" il malessere attraverso l'attribuzione di un senso. Si cercano spiegazioni semplici, legate alla contestualizzazione emotiva, che propongono una lettura diversa da quella stereotipata che il paziente quasi sempre si dà. Ovviamente l'efficacia può essere valutata su un periodo lungo e soprattutto nel ripetersi quotidiano di tale approccio. Molto utile è anche la condivisione dell'emozione nel gruppo, mettendo a confronto i diversi modi di reagire a situazioni simili. Altrettanto utile "è l'attivarsi di una pluralità di relazioni che permette ai pazienti un'efficace auto-osservazione attraverso la risonanza dei propri contenuti interni nella mente degli altri" (Vigorelli, 2005).

9.3 La quotidianità e la dimensione temporale, il lavoro sui piccoli eventi relazionali

La condivisione della quotidianità, scandita da interazioni concrete, che assumano valenze di esperienze transizionali concrete, una sorta di azioni parlanti, evoca esperienze relative alle memorie affettive preverbal. L'osservazione ha evidenziato come il bambino appena nato si orienti in modo competente verso esperienze coerenti e memorizzabili, molto prima della loro definizione verbale. Oggi sappiamo inoltre che queste fasi di sviluppo preverbale permettono la memorizzazione di una base di schemi di comunicazione specifici, fattori che si trovano pronti lì, a essere rappresentati molto tempo prima dello sviluppo del linguaggio. Avere presente una memoria affettiva antecedente l'acquisizione del linguaggio consente di avere presenti aree dello sviluppo psichico avvicinati in forme diverse dalla parola. Gli operatori possono assolvere funzioni psichiche molto importanti per la mente del paziente.

Si condividono un luogo, un tempo, così come rapporti, in condizione di prossimità fisica ed emozionale, tra il gruppo degli operatori e il gruppo dei pazienti. L'attività non è centrata unicamente sul "dire", ma anche sul "fare", sul condividere l'esperienza di tutti i giorni, sul valorizzare interazioni, gesti e riti nell'ambito della reciprocità. In altri termini, la vita quotidiana è un'esperienza attraverso la quale vivendo si impara, ed è essa stessa portatrice di una funzione curante.

L'introduzione di elementi temporali è centrale nel processo di cura e la globalità della esperienza soggettiva del tempo è da considerarsi un'esperienza fondamentale e organizzante il Sé. La maggior parte dei pazienti gravi tende a riprodurre un tempo immobile, una dimensione temporale circolare, nella quale nulla accade e nulla cambia e tutto si ripete nello stesso identico modo. Uno dei compiti dei curanti consiste proprio nel cercare di ridare un senso al tempo, ovvero creare quelle premesse per cui sia ipotizzabile un tempo lineare.

Il senso del tempo va incontro, sulla base di interazioni sufficientemente buone, a un salto maturativo quando si sviluppa il sé verbale, stadio nel quale il soggetto comincia ad acquisire la competenza di raccontare narrazioni. È proprio nel quotidiano, nella ripetizione di gesti, una ripetizione non rigidamente ossessiva, ma che al contrario offre continue variazioni sul tema, che va individuato lo strumento di cambiamento.

Si tratta di reinvestire libidicamente l'agire quotidiano, renderlo denso di significato. Tutti i piccoli gesti, anche i più banali e apparentemente insignificanti possono diventare uno strumento importante con i nostri pazienti, a patto che l'operatore sia consapevole dell'enorme potenziale di comunicazione che questi piccoli gesti possono filtrare. In altri termini stiamo parlando delle modulazioni affettive dell'agire e della motivazione che scaturisce dall'affettività.

Il Centro Diurno si propone come luogo di un processo terapeutico che, partendo da una prima fase di ambiente-maternage, diviene gradualmente spazio di formazione alla vita e riprogettazione del futuro.

Nell'ottica del cambiamento, di grande interesse è il lavoro di Stern sul momento presente nel quale egli analizza come i momenti condivisi da due persone generino consapevolezza, in quanto rappresentano esperienze fondamentali di cambiamento in psicoterapia e un punto di riferimento nella trama delle nostre relazioni quotidiane. Non si tratta di cercare di spiegare il presente nei termini del passato, ma l'esperienza così come viene vissuta.

Secondo Stern il cambiamento è fondato sull'esperienza vissuta. Comprendere, spiegare, e raccontare qualcosa non è sufficiente di per sé a produrre un cambiamento, ci deve essere anche un'esperienza reale, un evento soggettivamente vissuto, con sentimenti espressi e azioni compiute. Noi siamo psicologicamente vivi solo "ora" nel momento presente. "Ora" è il momento in cui viviamo la nostra vita così com'è (Stern, 2005).

È in questo luogo e in questo momento che è possibile il contatto di mutua consapevolezza tra la mente del terapeuta e quella del paziente. Nelle relazioni quotidiane, gli eventi nodali in grado di avere un potenziale trasformativo accadono in un momento che viene vissuto come cruciale nel suo stesso verificarsi. Affinché ci sia un cambiamento non basta vivere l'esperienza, bisogna che si stabilisca un nesso tra ciò che si sta vivendo potenzialmente trasformativo e il mondo interno, dove ciò che si sta vivendo può riscrivere e modificare i nessi associativi. Stern ritiene che questo accade quando il presente, ovvero quei circa 4 secondi in cui si sta vivendo l'emozione, interagisce con il passato, modificandolo. Con molta attenzione e prudenza si può osservare come questi processi possano essere utilizzati nel nostro lavoro con i pazienti e possano dare risultati davvero sorprendenti.

9.4 Schemi motivazionali

Le motivazioni hanno origine solo dall'esperienza vissuta. L'esperienza motivazionale dipenderà inizialmente dalle modalità degli scambi affettivi tra il bambino e la persona che lo accudisce. In seguito lo sviluppo della rappresentazione simbolica rende possibile la riorganizzazione flessibile e individuale dell'esperienza vissuta. L'esperienza vissuta ha a che fare con il modo in cui noi

esseri umani cerchiamo di appagare i nostri bisogni e desideri andando alla ricerca di affetti che ci segnalino quell'appagamento esperienziale. Anche intenzioni coscienti apparentemente semplici si sono spesso rivelate un compromesso tra complesse motivazioni in competizione con un'esperienza passata che controlla parzialmente o totalmente le scelte attuali.

I bambini, già nel primo anno di vita, mostrano un elevato livello di organizzazione e di rapporto umano. Questo elevato livello di attività e di apprendimento trova spiegazione nell'assunto di una precoce capacità di rappresentazioni simboliche del Sé e degli oggetti. Qualsiasi cosa faccia un bambino con una costanza osservabile, lo fa perché è motivato a farlo. Fin dall'inizio l'essere umano è motivato a percepire, sentire, agire, apprendere e impegnarsi attraverso la regolazione del Sé in un mutuo sistema di regolazione nell'interazione. Fondamentale risulta il ruolo di mediazione e di regolazione della madre. Per ognuna delle esigenze fisiologiche il bambino è motivato a segnalare disturbi all'interno della gamma bisogno-soddisfazione. Il disturbo della regolazione dei bisogni provoca forti allarmi affettivi nella relazione madre-bambino, al contrario il successo costituisce il fondamento che facilita il dispiegarsi delle motivazioni regolative.

Sappiamo bene come uno degli elementi caratterizzanti le patologie gravi sia proprio la perdita di interesse verso il mondo esterno e come un percorso di cura debba proprio lavorare sul riattivare un processo motivazionale, ristabilendo giorno dopo giorno delle interazioni che su tempi molto lunghi possano modificare alcuni aspetti della relazione con l'altro.

Il trattamento si deve occupare anche dei processi consci del pensiero. Gabbard sottolinea la differenza tra *rimuginazione* (rimanere nel passato e nel rimpianto) e *introspezione* (esaminare le esperienze passate o presenti con curiosità e possibilità di cambiamento), tutti noi sappiamo bene quanto i pazienti gravi rimuginino continuamente (Gabbard, 2004). Particolarmente efficace parlare con i pazienti del che cosa significa essere "malati", la differenza con i "sani" e che cosa significa guarire. Dal loro punto di vista i "sani" non hanno problemi, quindi guarire significa non avere problemi. Abbiamo proposto alla loro attenzione che la differenza non sta nel non avere problemi, anche i "sani" hanno problemi, tristezze, angosce, conflitti; la differenza sta nel fatto che i "sani" riescono ad affrontarli, anche se con difficoltà e non ne sono annichiliti.

Guarire non significa non avere più problemi, bensì riuscire ad affrontarli, a integrarli nella propria vita. La risposta di alcuni pazienti è stata: "allora io non sono ancora guarito, ma sto andando verso la guarigione". Il nostro intervento non ha affermato una "verità scientifica" ma ha dato un contributo al cambiamento, gli effetti hanno avuto una ricaduta ad ampio spettro.

Estremamente importanti nel processo terapeutico sono le aspettative dei curanti, che devono essere fiduciose, ma al tempo stesso realistiche. Se non si ha sempre in mente qual è il percorso che si sta seguendo, ma soprattutto se manca un'attribuzione di senso al proprio agire, il contatto continuo con patologie gravi può logorare gli operatori. Bisogna sapere quello che si sta facendo e perché lo si sta facendo. La creatività a cui spesso si fa ricorso è anche un tentativo di contrastare tutto il senso di inutilità e di perdita di senso che il paziente spesso ci fa vivere, quegli aspetti mortiferi che lentamente, subdolamente, fa penetrare dentro di noi. Una difesa sana, a condizione che tali parti non siano negate onnipotentemente. Possono,

infatti, diventare un alleato importante, se sappiamo riconoscerle e, con costanza venire a patti, trasformandole in un punto di forza.

9.5 Verso una nuova teorizzazione

È necessario elaborare una teorizzazione che cerchi di integrare i diversi approcci, tracciando un modello efficace di azione terapeutica, che integri i dati provenienti dall'osservazione e che cerchi di tradurli in un linguaggio condivisibile, un linguaggio relativamente comune, che ci permetta di sapere di che cosa stiamo parlando, quando parliamo del nostro lavoro. Le chiavi di lettura qui proposte sono alcune, tante altre possono essere utilizzate.

Secondo Gabbard una teoria dell'azione terapeutica deve prendere in considerazione sia quali cambiamenti (gli scopi del trattamento), sia quali strategie (la tecnica) facilitino tali cambiamenti (Gabbard, 2004). Il primo e centrale obiettivo è quello di cambiare i nessi associativi inconsci.

Ancora Gabbard ci ricorda che non c'è un'unica via o un unico obiettivo per il cambiamento terapeutico. Non c'è un unico principio base che spiega tutto il cambiamento, bensì esso avviene attraverso molteplici meccanismi, ciascuno dei quali può essere favorito attraverso varie tecniche in modi che abbiamo appena cominciato a comprendere.

Alcuni principi di cambiamento e le tecniche per suscitarlo possono essere utili per tutti i pazienti, mentre altre possono essere utili solo per alcuni. Ogni qualvolta siamo tentati di proporre un'unica formula per il cambiamento dovrebbe coglierci il sospetto che stiamo cercando di contenere l'ansia dovuta all'incertezza, dobbiamo sviluppare modelli con fondamenti più sistematici, clinici ed empirici che riguardano gli ambiti dei processi che costituiscono la personalità (motivazione, cognizione, affetti, relazioni d'oggetto).

Si tratta di costruire un corpus teorico, di esplicitarlo. La ormai lunga esperienza clinica ci ha portato a ritenere possibili dei cambiamenti estremamente rilevanti nei pazienti gravi, cambiamenti non solo comportamentali o di maggiore integrazione sociale, ma anche cambiamenti che hanno inciso profondamente nel mondo interno, anche in casi considerati disperati. Le problematiche sono relative al tempo necessario e alla tenuta: si tratta di percorsi che richiedono un gran numero di anni. I cambiamenti poggiano su basi fragili, ma l'esperienza maturata è positiva. La valutazione deve essere fatta anche in termini di costi: ne vale la pena? Come avremmo potuto utilizzare meglio le risorse, ma da un punto di vista clinico è di fondamentale importanza riscontrare tali successi.

Gli operatori sono, e devono essere, promotori e garanti di tali processi integrativi. È fondamentale essere consapevoli di svolgere questa funzione, quando ciò non accade si creano due situazioni problematiche:

- si assume un atteggiamento autosvalutativo, per cui si ha l'impressione di fare cose poco importanti e questo viene percepito anche dal paziente che, a sua volta, ha l'impressione di fare cose insignificanti;
- lo stesso atteggiamento si può manifestare nel suo contrario, ovvero quello di credere che il nostro operare sia unico, meraviglioso e sublime, "come noi nessuno mai", ma questa è l'altra faccia della svalutazione. Un'insicurezza che si manifesta come onnipotenza.

Solo la consapevole conoscenza dei nostri strumenti ci permette di trovare quell'equilibrio tra la presunzione e la modestia, tra il coraggio e la saggezza, che tanto sapere e risultati terapeutici hanno prodotto in questi anni.

Il più efficace strumento per combattere tali rischi è la conoscenza. Confrontarsi con il lavoro degli altri, dividerne i successi e le difficoltà, scoprire che anche altri hanno lavorato sugli stessi temi con similitudini e differenze potrà aiutarci a sentirci meno "unic", ma quindi anche meno soli nel percorso di cura. Bisogna promuovere con ogni mezzo, con ostinazione se necessario, affrontando le inevitabili resistenze, il confronto, partendo dalla condivisione, cercando di mettere a disposizione di tutti, le risorse e le competenze maturate nel corso dell'esperienza.

Quali sono le competenze sviluppate nel corso della nostra esperienza? Voglio soffermarmi su una di esse che fa da sfondo, che permette a tutte le altre di avere efficacia terapeutica, una competenza tipica della cultura che è maturata in questi anni: la duttilità, la capacità di modularsi, di avere modelli elastici, la necessità a volte di saper improvvisare.

Una suggestione ce la fornisce la musica. Il nostro lavoro ha delle analogie con il jazz, dove per improvvisazione non si intende il sopperire a una impreparazione.

Nel jazz l'improvvisazione non coincide con il regno della libertà. Il musicista non crea spontaneamente grazie ad una energia viscerale destinata a eludere i processi cognitivi, una sorta di feconda ignoranza in cui la disciplina non ha alcun ruolo. Al contrario, se i musicisti sono capaci di improvvisare lo sanno fare perché conoscono le regole e i materiali della loro disciplina, li conoscono al punto di permettersi di variarli e trasgredirli.

"Per rendere conto dell'improvvisazione, bisogna rinviare a una teoria della tradizione e a una teoria della conoscenza pratica, che chiariscano sia i vincoli a cui l'agire generativo è sottoposto, sia la particolare competenza necessaria per creare qualcosa di nuovo ... il jazzista non può sapere quali idee genererà nel corso dell'esecuzione. Può però rivolgersi indietro a quello che è stato già suonato ed estenderlo, elaborarlo, creando così delle forme retrospettivamente " (Sparti, 2005).

"Poiché il jazz acquisisce la sua stessa vitalità nell'improvvisare sui materiali tradizionali, il jazzista deve perdere la propria identità mentre la trova".

È qualcosa di molto simile a quella che Bion chiama assenza di memoria e desiderio, riprendendo il concetto freudiano di "attenzione fluttuante".

"Scarta la tua memoria, scarta il tempo futuro del tuo desiderio; dimenticali entrambi, sia quello che sapevi sia quello che vuoi, in modo da lasciare spazio ad una nuova idea".

L'assenza di memoria e di desiderio è il prerequisito di ogni procedimento volto alla conoscenza. Seguendo un rigido assetto mentale non si fa altro che riportare nella relazione se stesso con il proprio bagaglio cognitivo ed emotivo, se ne deduce che in una tale condizione non c'è posto per "l'altro" (il paziente).

"Se la nostra mente è preoccupata di ciò che è detto o non è detto o di ciò che egli (il paziente) spera o non spera, non può emergere l'esperienza e soprattutto quell'aspetto dell'esperienza

che è qualcosa di più del suono della voce del paziente o della vista dei suoi atteggiamenti. " (Bion, 1972)

Il senso del nostro operare si muove su queste lunghezze d'onda, ha spesso la modularità alla ricerca di quell'equilibrio così difficile da raggiungere tra la necessità di sostenere e quella di favorire l'autonomia, solo un buon equilibrio, sbilanciato ora da una parte ora dall'altra, secondo le necessità, può favorire una reale crescita.

Non vi sarà sfuggita una contraddizione: bisogna avere in mente un progetto, bisogna essere senza memoria e desiderio. Come la mettiamo? Parafrasando la citazione sul jazz potrei dire che essere senza memoria e desiderio non coincide con il regno della libertà, dell'arbitrio o dell'eclettismo, non "creiamo" eludendo i processi cognitivi, bisogna conoscere molto bene le regole e i materiali della nostra disciplina per permettersi di variarli e trasgredirli.

Anche nel nostro lavoro per improvvisare, "bisogna rinviare a una teoria della tradizione e a una teoria della conoscenza pratica".

Nei Servizi si è sviluppata una capacità di ascolto e di dialogo con i pazienti, che non si limita a proporre risposte precostituite, ma cerca di costruire insieme dei percorsi con duttilità e messa in discussione dei modelli. Una sorta di lavoro in progressione che questo volume vuole testimoniare. In questi anni i nostri pazienti ci hanno insegnato moltissimo, non solo da un punto di vista umano, ma anche sul funzionamento della mente, arricchendo considerevolmente il nostro bagaglio teorico e la nostra natura umana.

Perdere la nostra identità per ritrovarla.

Postfazione

Nel descrivere il suo ingresso nell'ospedale psichiatrico di Gorizia, Franco Basaglia ricordava quanto quel luogo fosse "dominato in primo luogo dalla miseria" e, come lui, proprio quella miseria, decise di contrastare. "Quella – scriveva – fu la nostra scoperta: avevamo capito che un individuo malato ha, come prima necessità, non solo la cura della malattia, ma molte altre cose. Ha bisogno di un rapporto umano con chi lo cura, ha bisogno di risposte reali per il suo essere, ha bisogno di denaro, di una famiglia e di tutto ciò di cui, anche noi medici, che lo curiamo, abbiamo bisogno. Il malato non è solo un malato ma un uomo, con tutte le sue necessità. I pazienti chiedevano cose giuste – cibo migliore, possibilità di relazioni uomo-donna, tempo libero, libertà di uscire – cose che uno psichiatra nemmeno si immagina che il malato possa chiedere" (Basaglia, 2000).

In quella scoperta si trovano le profonde radici dello sforzo compiuto dai tanti – troppo spesso minoranza – che, in questi anni, hanno deciso di impegnarsi nella individuazione e nella costruzione di un diverso e più efficace approccio alla persona con una sofferenza mentale. Percorso difficile ma, allo stesso tempo, appassionato e convinto.

Il riconoscimento della soggettività della persona, dei suoi bisogni e dei suoi diritti richiedeva, allora come oggi, la costruzione di una nuova proposta di cura (*presa in carico evolutiva*) capace di "aiutarla e sostenerla nel proprio processo di autonomia"¹³. Una proposta che la psichiatria tradizionale – di prevalente ispirazione organicistico-riduzionista – si rifiutò di accettare, negando attendibilità e valore scientifico a quella scoperta. Ciò nonostante, quella intuizione, davvero rivoluzionaria, riuscì ad avviare una riflessione critica e a far capire che ci si trovava di fronte ad una sfida – intellettuale, etica ed operativa – che non poteva essere elusa. Una sfida che fece i suoi primi passi nel prendere atto di quanto fosse stato inadeguato, fin a quel momento, l'approccio alla persona sofferente. Il cimentarsi, senza sconti, con quella sofferta e lucida inadeguatezza costituì la prima vera risorsa con la quale si alimentò il processo di trasformazione. Si percepì che occorreva liberarsi di schemi e luoghi comuni e che superare false conoscenze ("imparare a disimparare" – "fasi libere e latenze") costituiva il primo passo necessario nell'individuazione di nuove risorse e possibili operatività.

Tutto andava ripensato e, a tutti, in un percorso di elaborazione e liberazione collettiva, veniva chiesto di mettersi *in gioco*.

In questo scenario, tra la fine degli anni '80 ed i primi anni '90, a Roma nacque l'esperienza dei Centri Diurni. Operatori dei Servizi, cooperatori sociali, famigliari di utenti ed utenti stessi

¹³ Comitato nazionale di bioetica, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, Ministero della Salute, 2000

compresero che occorre darsi da fare: attivarsi nella costruzione di qualcosa di nuovo, in cui ridefinire se stessi, il proprio operato, le proprie relazioni, le proprie funzioni. *A mani nude* si è detto, senza preconcetti e partiti presi. Agevolando la comunicazione e riducendo le occasioni del rifiuto, stando insieme in modo solidale.

In quella convivenza (*la nostra diurnità condivisa*) si è consolidato un importante, appassionato e popoloso laboratorio collettivo che, nel corso degli anni, si è speso nella costruzione di un nuovo progetto di presa in carico per tante persone sofferenti (da allora ad oggi alcune migliaia). Una grande esperienza di partecipazione capace di riavvicinare e riconsegnare alla socialità possibile chi ne era stato tenuto lontano, privato di ogni opportunità e diritto. Un percorso che ha riproposto a tutti la necessità di affrontare simultaneamente l'insieme dei tanti elementi in gioco (la salute, le risorse, i diritti, la qualità della vita e delle relazioni, le diverse tecniche della cura, i diversi livelli di potere) e ha ridefinito quell'insieme come un' insostituibile ed inesauribile risorsa di mediazione, scambio e riconoscimento reciproco nella costruzione di un approccio efficace alla sofferenza mentale.

Nella necessità di costruire ogni giorno un'azione (*le nostre tante praticonerie*) si è progressivamente consolidata una proposta. Come ricorda Ernesto Venturini (2003), "si è passati da una forma ingenua, *naïf*, di intervento a riflessioni più articolate, si è passati da una spinta autoreferenziale alla capacità di leggere le esperienze alla luce di un metodo basato sulle evidenze".

Non sempre è stato, però possibile descrivere adeguatamente ciò che si faceva. Si aveva l'impressione che ogni forma di descrizione fosse inadeguata e si perdesse qualcosa. Si diceva: "venite a vedere perché a parole non si riesce a rappresentare la vera essenza di ciò che si fa". Si faceva qualcosa ma era difficile parlarne: tante piccole straordinarie comunità *indescrivibili*. Si assisteva a fenomeni impensabili – "il ragazzo finalmente ora lavora e si è sposato" – e quasi sempre non era davvero chiaro che cosa avesse determinato quella incredibile sequenza. Si capiva che la presenza di più soggetti, la possibilità di proporre in modo naturale i diversi aspetti della vita, l'alimentare una prospettiva, costituivano elementi pregnanti ed efficaci del progetto di presa in carico, ma molto spesso l'analisi si fermava lì e non aveva ulteriori, sensibili sviluppi. Lo ricorda Cristiano Castelfranchi (2003) quando afferma che "siamo ancora marginali perché, nonostante il magnifico lavoro svolto da tanti operatori, da tante persone impegnate nel campo e da tanti nostri intellettuali, non siamo stati in grado di elaborare un quadro teorico, metodologico ed operativo sufficientemente forte o vincente o convincente, abbiamo sottovalutato alcune frontiere, per esempio, nettamente, abbiamo sottovalutato la frontiera dell'accademia, dell' Università, della formazione degli psichiatri e degli psicologi e una serie di altre cose".

Il senso di inadeguatezza si ripropone e, anche in questo caso, sembra essere la condizione necessaria per avviare e sostenere un nuovo sforzo. E se, nella prima occasione, l'iniziativa si rivolse alla costruzione dei Servizi e dei percorsi di presa in carico, ora, appare doversi indirizzare nella definizione di metodologie, teorizzazioni e percorsi didattico-formativi che siano chiari, solidi e, appunto, convincenti.

Questo scritto sulle competenze rappresenta un primo risultato di questa nuova sfida. Si è passati dall' *obbligo di fare qualcosa* - altrimenti quante persone avremmo abbandonato e perso per strada! - al *dire*. E lo si è fatto in modo originale: lo ricorda Alessandra Felice nella sua introduzione, segnalando come il percorso che ha portato alla elaborazione del Campo delle competenze arricchisca, in più ed in altro, proposte e modelli formativi consolidati.

Il *campo delle competenze trasversali*, presentato nel volume, costituisce la proposta teorico-metodologica originale di questo sforzo. Come emerge dai tanti significativi contributi, si tratta di un *campo* energetico di competenze affettive ed operative, avvolgente e tenace che tiene insieme parti "ricche e povere", accreditando le seconde come rilevanti al pari delle prime - poiché di tutte si ha bisogno - modulando le une con le altre. E' un *campo* complesso in cui agiscono gli elementi (le diverse, specifiche competenze) e le loro relazioni, in una produzione continua, inedita e potenzialmente inesauribile di ruoli e funzioni: il *campo* consente "rimandi" (dall'una all'altra competenza) e sostituzioni (dell'una con l'altra competenza), tutelando la continuità della gestione e la tenuta dei rapporti e, in definitiva, riducendo il rischio di fallimenti nella estrema partita con la psicosi. Una tale configurazione di possibilità alimenta il progetto di presa in carico perché è in grado di sostenere e diversificare l'azione, rendendola specifica e sensibile e proponendola in forma non sequenziale e, quindi, non frammentata. E, a volte, costituisce l'unico punto di partenza disponibile nell'affrontare situazioni residuali, fortemente deteriorate ed immiserite e caratterizzate da bisogni marginalizzati.

Uno scenario, quello delineato dal *campo*, che ridefinisce anche il rapporto tra le competenze e le persone che quelle competenze hanno, riproponendo entrambe in una nuova *entità competente, animata, responsabile e coordinata*. Ciascuna competenza, quindi, quale occasione di ridefinizione di se stessa in un agire efficace, solidale e partecipato in favore della persona sofferente.

Primo Levi ci ricorda che "parte del nostro essere ha sede nelle anime di chi ci accosta". Nell'istituzione manicomiale nulla accadeva e la persona veniva ridotta a *caso* e, quindi, a *cosa*. In una nuova teoria in favore della persona che soffre di un disturbo psichico e che è a rischio di esclusione, occorre recuperare e ricostruire un sistema in cui essa possa vivere con dignità e nella condizione di soddisfare, nel possibile, i propri bisogni e le proprie aspettative. In un tale scenario il sistema delle competenze costituisce la prima risorsa necessaria: non una "normale" *risorsa di mantenimento* bensì una *risorsa straordinaria* in grado di promuovere trasformazioni anche impensabili.

APPENDICE – Sintesi storica e riflessioni metodologiche

I Dall'abbandono sociale all'integrazione socio-sanitaria

L'esilio storico compiuto nel tempo nei confronti della follia, produsse un massiccio abbandono del paziente portatore di disagio psichico. Un abbandono osservabile su tre livelli:

- totale, in epoca manicomiale;
- socio-amministrativo, dalla riforma ad oggi, per le inadempienze delle pubbliche amministrazioni e per la rigidità delle resistenze dei modelli culturali istituzionali;
- metodologico, in epoca odierna, a causa di uno scollamento, ancora presente, tra teoria e pratica dell'intervento.

Teoria e pratica che contengono ambiguità nello stesso concetto di "riabilitazione", cui viene ancora spesso rimproverato di designare una pratica alla ricerca di una teoria; ma a ben guardare le prassi riabilitative che si sono articolate nel tempo, hanno ormai prodotto esse stesse un paradigma della cura ed una definita epistemologia dell'intervento¹⁴.

Ormai fuori dall'istituzione manicomiale, il contenuto della riabilitazione si modifica, si dilata, si complessifica, perché va a confrontarsi con una nuova cronicità: quella che può nascere nei DSM, alla base della quale si pongono altre istituzioni, possibili sostituti della vecchia istituzione psichiatrica totale, qualora ripropongano la coercizione dell'assenza, della latitanza, della mancanza di risposte profonde ed adeguate al disturbo psichico. Ci si riferisce a quei pazienti che esprimono la loro sofferenza e che producono sofferenza intorno a loro, con la modalità della psicosi, del grave disturbo di personalità, della caratteropatologia, per i quali l'ospedalizzazione protratta o all'opposto i ricoveri brevi e ripetuti risultano interventi inadeguati, parimenti alle sole relazioni terapeutiche di tipo ambulatoriale ed alla sola somministrazione di farmaci: approccio quest'ultimo che, se incongruo e troppo prolungato nel tempo, può esitare anche in danno organico. Affrontare questo tipo di problemi, senza dover riproporre processi di internamento o abbandono, impone da un lato la verifica del funzionamento dei Servizi e, dall'altro, la ricerca di nuove e precoci modalità di intervento. Presuppone, inoltre, una concezione del disturbo psichico come evento non scollato dall'esperienza di vita, ma la cui origine è legata, superata una troppo rigida logica deterministica causa-effetto, ad una concomitanza di fattori: individuali, ambientali, sociali, storici. La cronicità allora non è più visibile come esito di un presunto processo immodificabile ed irreversibile, ma diviene un'operazione riduzionistica difensiva

¹⁴ Al concetto di riabilitazione si dà enfasi all'indomani della riforma, per favorire un recupero del paziente cronicizzato dalla permanenza in manicomio, cui si vogliono restituire abilità, affinché non rappresenti un peso assoluto per sé e per gli altri. Gli atti riabilitativi che un Servizio pubblico dovrebbe, oggi, proporsi e condurre, potrebbero essere invece finalizzati ad una prevenzione della cronicità su situazioni di gravità psicopatologica emergenti ed osservabili quotidianamente. Rispetto a queste ultime, se l'operare riabilitativo e le problematiche ad esso connesse si sono imposte nel nostro Paese attraverso ed in seguito alla lotta per il superamento del manicomio, il loro significato, intrecciato alla deistituzionalizzazione e alla decronificazione, non appare più solo legato al concetto, peraltro essenziale, di restituzione di diritti e di riacquisizione di competenze perdute a causa dell'internamento

che, da un lato il paziente opera su se stesso per difendersi dalla sofferenza e dall'angoscia, e dall'altro le agenzie sociali e sanitarie, mettono in atto perché non disposte al cambiamento che il farsi carico, curando, della persona sofferente implicherebbe.

Il fatto che il disagio psichico non si possa esaurire in una concettualizzazione semplificata ed in particolare che la patologia emerga con evidenza nella difficoltà o incapacità di funzionare nel gioco dei ruoli sociali e nella relazione con l'ambiente, comporta la necessità che la risposta dei Servizi sia in grado di comprendere (nel senso di capire e contenere) e sia in grado di interagire, fin dove possibile, anche con questi specifici aspetti, promuovendo processi di attivazione e cambiamento per l'acquisizione, da parte del paziente, della possibilità-capacità di essere protagonista di un proprio progetto di vita. La cosiddetta riabilitazione arriva così ad articolarsi ed in parte a fondersi con quell'insieme complesso e auspicabilmente ricco di interventi che definiamo "progetto terapeutico" e che dei Servizi, con una qualità ed un numero sufficiente di risorse, anche numericamente umane, dovrebbero attivare per prendersi cura dei pazienti. Prendersi cura, piuttosto che curare, giacché quest'ultimo termine può rimandare ad un cliché vecchio ed obsoleto: quello della sola e semplice guarigione intesa come assenza di sintomi, che mal si adatta ai problemi non organici di cui ci occupiamo.

La cosiddetta riabilitazione può definirsi, quindi, come parte di un progetto dell'operare terapeutico. Nel contatto con l'emersione di gravi patologie, passibili di eventuale nuova cronicità, la cosiddetta riabilitazione risulta quindi un termine improprio: non si tratta di fornire banalmente abilità, né si tratta di tornare allo stato precedente all'insorgenza evidente del disturbo, in un'ottica eccessivamente biologistica, in quanto lo stato precedente contiene tutti gli elementi dai quali scaturisce poi il disturbo ed è, quindi, uno stato esso stesso disagioato. Si tratta di individuare le possibilità e risorse residue del paziente o quelle mai espresse, perseguendo una riattivazione o attivazione ex novo delle sue energie psico-emotive, cognitive, affettive, relazionali, per essere in grado di articolare delle competenze. Rendere possibile interventi integrati è alla base dell'attività "riabilitativa", intesa come riattivazione di risorse a vari livelli, oltre la tenace tendenza assistenziale dei Servizi, aderente soprattutto ai bisogni più emergenti in termini sintomatici, con difficoltà non tanto a decodificare, quanto a rispondere alla complessità delle richieste fatte dal paziente e dal suo contesto nucleare di appartenenza. Queste sono sempre, implicitamente, richieste di cura, per non sentirsi senza risorse, per non essere senza un immaginario vitale del quale ha preso il posto un'immaginazione fantasticante, cristallizzata nel sintomo allucinatorio e delirante.

II La condizione esistenziale e i vissuti specifici e caratteristici delle gravi sindromi dissociative

II.1 Bisogni fondamentali che consentono al nucleo della personalità (il sé) di esprimersi

Nel determinare, con un vertice epistemologico, le caratteristiche psicodinamiche intrasoggettive ed intersoggettive basilari della personalità, sono stati importanti, oltre al contatto terapeutico quotidiano e all'analisi sociologica strutturale di rete, degli utili riferimenti a :

- a) il neo-criticismo, lo storicismo tedesco e l'Ermeneutica (Dilthey, Gadamer, Ricoeur)
- b) la Fenomenologia esistenziale (Husserl, Heidegger, Sartre)

- c) la Filosofia dei valori
- d) lo Strutturalismo
- e) la ricerca empirica nordamericana sull'infanzia, degli ultimi 30 anni
- f) i risultati delle acquisizioni delle ricerche psicoanalitiche più recenti
- g) l'esperienza clinica non coercitiva sul paziente, maturata nell'arco temporale di un trentennio, anche da parte degli autori di questo testo.

Supportati dalle riflessioni speculative prodotte ed in stretta connessione con le acquisizioni pragmatiche suddette, i bisogni fondamentali della personalità risultano essere i seguenti:

- essere riconosciuto come entità umana esistente sul piano emotivo-affettivo e su quello pensante
- differenziazione del sé e sua individuazione entro una dimensione vitale
- integrazione intrapsichica e relazionale
- poter accedere ad uno spazio simbolico che favorisca la possibilità di produrre un ponte tra l'interiorità soggettiva ed il reale esterno ad essa, fornendo senso e significati all'esistenza.

Il danneggiamento della sicurezza primaria, vale a dire del sentimento di coesione del Sé, insieme alla impossibilità di accedere autenticamente alla relazione entro una dimensione simbolica, significativa e responsiva in termini emotivo-affettivi, unitamente alla sua sostituzione con una trasformazione deformante, spesso delirante, del reale, possono essere visti come alcuni degli elementi peculiari dell'esistere psicotico. All'interno di questo quadro, l'individuo ha un caratteristico sentimento di non esistere come persona e come soggetto relazionale (sentimento di mancata esistenza).

In riferimento a quelli che abbiamo definito "vissuti specifici" degli stati dissociativi, dalle nostre osservazioni cliniche effettuate longitudinalmente nel tempo conseguono delle condotte che comportano:

- Un'ipertrofia dell'avversività, che implica vuoto e violenza come modalità organizzativo-autoprotettive, recepite dall'esterno come operazioni difensive e aggressive. – Il paziente esprime dei bisogni psico-relazionali entro delle strategie protettive e compensative, spesso ostili e/o distanti e/o "bizzarre" (o non immediatamente comprensibili), tanto più quanto più le risposte che riceve sono scarsamente empatiche e quindi per lui ritraumatizzanti.
- Una discontinuità dei comportamenti e dei vissuti ed una distanza dal reale. Infatti, il concretismo (essendo estremamente diverso da una concretezza, nel tendere ad attribuire significati materialmente concreti a dati di realtà che non ne hanno, e viceversa), come restrizione dei significati simbolici poggia proprio sulle difficoltà astrattive del pensiero concettuale, che cedono invece il passo a modalità astratte, distanti dall'esperienza e dalla capacità di esprimersi compiutamente in termini simbolici, quindi più o meno "inquisite" da fantasticherie. Queste, a loro volta, sono espressioni che attingono al serbatoio della fantasia, ma si articolano prevalentemente intorno ai temi fantasmatici che derivano da conflitti irrisolti e da dissociazioni.
- Una costante operazione di doppia negazione (di-niego), rispetto alle dimensioni emotive della relazione, di cui il paziente ha timore poiché sono da lui presunte come dolorose, similmente alle sue vecchie esperienze che lo hanno psicologicamente invalidato. Egli nega la possibilità di contatto emotivo con un'altra realtà umana, nel timore di risperimentarne il dolore, l'incoerenza, la disorganizzazione, negando poi questa stessa operazione. Di

conseguenza la realtà si dissolve in modo pressoché completo nel vissuto del paziente, non rimanendone più che poche tracce.

- Il bisogno di una relazione reale condivisa, all'interno di una quotidianità. Nel soddisfarla, esiste una possibilità di andare oltre il "concretismo" del paziente, mediante una modalità interattiva pre-simbolica, a monte del linguaggio verbale e della concettualizzazione razionale.
- L'utilità di una gestione della corporeità come stimolo riattivatore, che possa riabilitare un pensiero distante dalla realtà e dal quotidiano, riavvicinandolo a questi, nel correggere la disorganizzazione simbolica. Il corpo è, infatti, il primo nucleo-contenitore di ogni produzione simbolica, tramite operazioni analogiche tra elementi del corpo ed oggetti dell'esperienza. Se si altera la capacità simbolica, risulta molto difficile produrre un "ponte" tra la soggettività ed il reale e riuscire ad assegnare significati ad aspetti di esso.
- La necessità di produrre interventi entro dei *settings* multipli, elastici e duttilmente articolati, come spazi condivisi e responsivi (cioè che rispondono alle richieste prodotte dai bisogni ed esigenze del paziente). La loro modulazione si coniuga sulla tolleranza della discontinuità prodotta da chi porta disagio psichico. Pertanto il rapporto di quotidianità con quest'ultimo si configura come intervento continuamente "focale" (centrato su obiettivi vicini nello spazio e nel tempo), in cui egli possa riapprendere dei modelli interattivi di base, diversi dalle sue procedure disfunzionali.

II.2 Comprensibilità della dimensione psicopatologica

Nel passato, a lungo si è considerato "grave" l'individuo affetto da disturbo psicopatologico valutabile sul tripode: 1) ostilità-pericolosità, 2) incomprendibilità-imprevedibilità, 3) inguaribilità-incurabilità.

Poiché letta solo con questi parametri, era questa senz'altro una concezione riduttiva della "gravità". Più recentemente si tende ad aggiungere un altro elemento, quello di improduttività e si cerca di sostituire al concetto di gravità quello di "difficile gestione", considerando anche il peso che il soggetto disagiato rappresenta per il contesto in cui vive e per la collettività. Oltre agli elementi suddetti, che possono rivestire carattere incostante, anche se frequente in risposta ad un contesto dal quale il paziente non si sente compreso, una concezione maggiormente attuale, senza dubbio più complessa ma anche più completa, della gravità, può farcela osservare come la crescente difficoltà che l'individuo incontra sia nel prendersi cura di sé, che nelle relazioni con il mondo esterno, nonché quella che gli altri incontrano nel prendere contatto con lui. Lo stato di gravità presenta generalmente una inversione proporzionale di parametri coesistenti; ad esempio: tanto più si è gravemente disagiati, tanto meno si è consapevoli; molte condotte sintomatiche e poca aderenza al reale, ecc. Inoltre, quanto più il livello di gravità del paziente è elevato, tanto più alterata è la sua capacità di simbolizzazione, per cui egli tende ad attribuire significati materialmente concreti, in modo improprio, a dati di realtà che non ne hanno e viceversa: un concretismo, si è già detto, deformante rispetto alla concretezza reale. Pertanto, il paziente è portato a produrre più facilmente "messe in atto" materiali, che non mentalizzazioni consapevoli. Un concetto che non sempre coincide con quello di gravità, è quello di urgenza. Uno stato d'urgenza, che richiama interventi adeguati, può avvenire anche in situazioni che presentano carattere di gravità transitorio e non strutturale all'interno della personalità.

La concezione stigmatizzata e riduzionistica della gravità, ha permesso e richiamato prevalentemente custodialismo, coercizione e controllo, i quali, men che mai trovano giustificata utilità nel caso di costruzione di un progetto esistenziale più ampio. Nei periodici rigurgiti di regressione culturale si impostano tentativi di egemonie nel produrre dei disconoscimenti. La psichiatria ha sempre cercato di difendersi dalla accusa di ridotta scientificità, rispetto al paradigma positivista, ritualizzando delle procedure di autoconferma in direzione biologica. L'aspetto biologico viene di nuovo e maggiormente invocato nel momento in cui la comprensibilità dell'altro, intrinsecamente difficile (che si chiarisce in misura crescente solo nella condivisione di esperienza), si rende illusoriamente chiara in una lettura-spiegazione riduttiva di tipo biologico, relativamente alla condotta ed al vissuto problematici. Paradossalmente, gli attuali luoghi *riabilitativi*, come contesti di cura multidimensionali riattivanti energie e risorse, sono *inattuali* per un clima culturale che reinvoca certi *poteri*. La multidimensionalità, la molteplicità e la complessità, in una lettura riduttiva che trascina con sé delle angosce cartesiane di comprensibilità razionale immediata ed oggettivante, possono essere visti addirittura come confusività. Così come un Paese che ha bisogno di eroi, presenta dei problemi, un DSM che ha bisogno di centri "forti" secondo un'ottica positivistico-biologica, ha fallito il suo mandato clinico-relazionale, rimanendo aderente soprattutto ad impostazioni che considerano prioritari il silenziamento di sintomi ed il controllo sociale. Al di là delle categorie deterministiche della comprensibilità in termini di spiegazione pre-determinata, essa può invece trovare un senso solo all'interno di un'esperienza condivisa, in cui sia il procedere insieme che apre la possibilità a significati comprensibili tra una soggettività e l'altra. Non serve contrapporre il binomio deterministico osservazione/spiegazione, al binomio ermeneutico condivisione/compressione; nell'esperienza di trovare un significato alla storia e alla vita, insieme al paziente, possono essere utilizzati entrambi i percorsi a seconda dei momenti, in modo complementare. Ecco allora che il disturbo psicopatologico acquista una immagine diversa e si apre alla possibilità di trasformazione. E' necessaria una comprensione emotiva del disagio psicopatologico: ciò avviene se, all'interno delle categorie del comprendere, si accorda il primato all'esperienza relazionale, a ciò che accade. I motivi che giustificano tale convinzione sono molteplici.

Innanzitutto, va dato giusto rilievo all'ampia causalità disempatico-traumatica nelle relazioni, che si trova alla radice della genesi del disagio psicologico-relazionale. In tal senso, vanno focalizzati i disturbi precoci dell'attaccamento affettivo e la conseguente distorsione nella costruzione di significati, come elementi determinanti. Quando questi eventi sono massicci e ripetuti nel tempo, si possono avere fenomeni dissociativi, tra l'area razionale e quella emotiva, cui consegue una crisi dell'unità somato-psichica e dei suoi vissuti simbolici. I modelli operativi interni dissociati e le produzioni sintomatiche vanno, quindi, considerati come operazioni e strategie autoprotettive e/o compensative, che realizzano spesso un "rimedio peggiore del male", producendo o almeno aggravando, nel lungo periodo, anche disfunzioni e deficit intellettivo-cognitivi. I problemi causati da pregressi eventi relazionali vissuti in modo non funzionale, hanno prodotto una paralisi delle capacità organizzatrici e integratrici del sé. La codificazione, nelle forme della rappresentazione simbolica, è frammentata ed incompleta. L'esperienza affettiva può essere sia congelata che sovrastata, e più in generale dissociata, dai frammenti dell'attività ideativa del pensiero. All'interno degli antichi fallimenti di sostegno empatico, gli affetti hanno preso corpo come prodotti di una "frammentazione", in primo luogo del senso di sé ed in secondo luogo della rappresentazione di sé-con-l'altro. Quest'ultima

evenienza costituisce un *pattern* che tende a ripetersi in modo procedurale, automatizzato e del tutto inconscio, in ogni relazione.

In secondo luogo ed in conseguenza di quanto esplicitato, vanno visti come vissuti caratteristici della "psicosi": l'angoscia di frammentazione del proprio sé, il sentimento di non esistere sul piano della relazione con gli altri, il "concretismo", il diniego, la disorganizzazione simbolica e la difficoltà a dare significati al reale.

II.3 Convergenza, complementarità e integrazione

Degli interventi le cui caratteristiche si sforzino di essere complementari, pur nella loro diversità, cercando di integrare le proprie finalità e le proprie strategie, costituiscono tutte quelle prassi di rapporto convergenti verso il tropismo costitutivo della soggettività umana relativo ad un "procedere insieme", che definisce l'essere umano come entità sociale e relazionale. Ciò permette un recupero di capacità simboliche e di linguaggio verbale, concettuale, astrattivo e non astratto (vale a dire "concretistico" e slegato dall'esperienza reale) permettendo, a monte, un recupero di significati emotivi e progettuali per la propria soggettività, la quale, non più stritolata dalle griglie rigide del vissuto del "non possibile e non esprimibile", può ridefinirsi come presenza significativa per sé e per gli altri, trovando diritto di esistenza e cittadinanza. E' proprio la costruzione, nella dimensione di gruppaltà, di progetti finalizzati e contestualizzati entro la rilettura della propria storia, cui si ridona continuità costruttiva, che rende possibile ciò. L'orizzonte della psicosi è troppo piatto o troppo frastagliato, in ogni caso estremo e non intermedio, per suggerire un altrove, un'alternativa esistenziale. L'esistenza si declina in un non-luogo, in uno spazio di insignificanza. Azioni e gesti si ripetono, dunque, nel vissuto del paziente, in tutti i luoghi e fuori di ogni luogo.

Integrare il fare con il pensare costituisce l'elemento chiave del trattamento, perché contrasta il "concretismo". All'interno della dimensione del concretismo, l'acquisizione della capacità di lavoro, ovvero, ancor prima che produzione in termini "consumistici", la possibilità di "costruzione" di qualcosa vissuto come utile alla espressione della propria soggettività, mentre si riattiva la dimensione d'espressione simbolica, e la capacità a connettere significati a ciò che accade, diviene un elemento centrale per ogni ipotesi di trasformazione, che possa poi divenire percorso e processo di acquisizione di competenze nei vari ambiti dell'esistenza.

In tale direzione, l'obiettivo dell'incontro con il paziente non è costituito tanto dal curare nella accezione formalizzata tradizionale, quanto dal condividere esperienza. Affinché il paziente non senta artificioso e distante l'intervento, è necessario fornirgli una relazione reale condivisa. L'accettazione della soggettività *alienata* (anche da se stesso) del paziente, come sua unica possibilità esistenziale, appare preliminare ad ogni altro tipo di intervento successivo, teso a migliorare ciò che risulta disfunzionale. Una modulazione di tecniche di intervento successive, il cui elemento fondamentale sia costituito comunque dalla possibilità di fornire una "relazione ristrutturante di oggetto-sé", vale a dire poter funzionare come un "oggetto" al servizio della soggettività del paziente e dei suoi bisogni evolutivi, un appoggio al sé del paziente, costituisce il nucleo centrale della relazione trasformativa. In tal senso è fondamentale accettare il paziente come persona, anche quando egli si dimostri inaccettabile. Ciò costituisce il primo livello di cura della psicosi, permettendo al paziente di sperimentare per la prima volta, in modo nuovo e diverso (non traumatizzante, o annichilente, o mistificante, o confusivo, o ambiguo, o disorganizzato, o

insicuro-ansioso, o eccessivamente rigido), ciò che è stato assente nel suo passato.

Bisogna fornire, con una modalità rispecchiante, la possibilità di risperimentare in modo diverso dei sentimenti e *pattern* relazionali che sono stati disorganizzati in precedenza, attraverso un processo di ritrascrizione entro un nuovo contesto ed entro un nuovo modello comportamentale, che contenga, di conseguenza, anche nuovi vissuti ed una diversa considerazione di sé.

Si deve costruire una dualità anche in assenza di collaborazione evidente e chiara. Ciò significa, per l'operatore, fungere da appoggio ed agire con il paziente eventi che egli non riesce a vedere o considerare o svolgere. Va aiutato il paziente a contrapporre costruttivamente, ad una fatica della mente, prigioniera di se stessa e diretta verso il vuoto di significati o verso il pieno di paradossi, una fatica del corpo che possa ricomporre il simbolico e sia, quindi, terapeutica, "riabiliti" il pensare. Solo avvicinandosi alla comprensione dei bisogni del paziente, osservando empaticamente il reale dal suo punto di vista, egli si sentirà capito e valutato nella sua soggettività. Egli deve poter sperimentare in modo nuovo e diverso ciò che è stato assente nel passato, fornendogli contesti esperienziali diversi da quelli traumatici, per riapprendere codici alternativi di organizzazione dell' esperienza di sé e del rapporto con gli altri. Si deve offrire un metodo nuovo capace di fornire delle possibilità di costruzione di modelli validi per allontanarsi da quella sensazione di "unicità negativa" così disturbante per il paziente e per i contesti che lo circondano. E' fondamentale risperimentare vissuti in precedenza disorganizzati sul piano emotivo, costruendo una dualità anche in assenza di collaborazione evidente e chiara, attraverso una funzione di appartenenza-affiliazione-attaccamento. Se non c'è prima appartenenza non ci può essere poi separazione-differenziazione.

Esiste una relazione diretta tra : Differenziazione della soggettività dei pazienti



Differenziazione dei contesti e strutture di cura

Pertanto: degli interventi saranno "curativi", qualora si propongano come correttivi e riattivanti energie e risorse, su più livelli e all'interno di più dimensioni (quindi connettivi oltre che correttivi). Ciò non può essere fornito da un'unica tecnica, né da un unico percorso, né da un'unica struttura. C'è bisogno di interventi multicontestuali e prolungati (vita relazionale, sociale, affettiva, lavorativa), in cui proporre progressivamente e lentamente piccole porzioni di nuovo nel già noto.

Per fare ciò, le competenze degli operatori che avvicinano il paziente, condividendo spazi vasti di quotidianità, non possono che essere trasversali, condivise, ovvero rivolgersi e coinvolgersi con i vari aspetti della personalità dell' altro e della propria. Per menzionare solo le più evidenti: capacità di comunicazione empatica, flessibilità, consapevolezza, fantasia, tolleranza, saper lavorare in gruppo, saper promuovere evoluzione, saper perseguire obiettivi ed orientarsi a risultati, saper cogliere la comunicazione sia sull'asse verbale che non verbale, ecc. Sono competenze con delle caratteristiche di base comuni e diffuse per tutte le figure professionali, che non si confinano entro aspetti di eccessiva differenziazione, pur lasciando attive ampie aree specifiche di ruolo

II.4 Un metodo terapeutico e relazionale di base, matrice di competenze condivise: la tolleranza della discontinuità

Nel paziente affetto da sindrome dissociativa grave si osserva costantemente una discontinuità delle condotte, delle motivazioni e delle capacità decisionali, a causa di :

- alterazione delle funzioni cognitive;
- alterazione delle funzioni affettive;
- rigidità ripetitiva degli aspetti procedurali del comportamento.

Ciò costituisce il suo caratteristico e unico modo di essere.

Nell'esperienza di essere rifiutato come soggetto, poiché discontinuo, il suo vissuto è quello di non sentirsi accettato. Pertanto, la sensazione profonda del paziente è: "io non esisto per l'altro", in quanto nella percezione di sentirsi esistenti ha un ruolo centrale l'essere accettato dagli altri. Se sente invece tollerata la sua discontinuità, il paziente fa una nuova esperienza e di fatto esperisce di essere accettato per quello che è. Ciò gli permetterà, nel tempo, di essere più aderente alla realtà, migliorando i suoi aspetti disfunzionali e costruendo una qualche continuità. Per realizzare ciò è imprescindibile la duttilità funzionale dei *setting* di cura, nelle loro caratteristiche strutturali e logistiche. La discontinuità rappresenta un bisogno per il paziente, ancor prima di essere una negazione della continuità relazionale. Egli spesso non si rende conto di ciò, poiché il più delle volte non conosce, non ha fatto esperienza di continuità. Ciò deriva dalla scarsa coesione nei vari aspetti del sé, che nasce dalle sue antiche esperienze disfunzionali, che non sono state sufficientemente validanti per la sua identità .

La necessità di *modulare una tolleranza della discontinuità* mette a dura prova gli operatori, i quali si confrontano con un costante senso di frustrazione, se non hanno ben presente l'ineludibilità di tale fenomeno e la potenziale costruttività che la tolleranza può invece assumere.

III Imparare dall'esperienza: la relazione nei trattamenti terapeutico- riabilitativi

Da quanto detto, il *rapporto* che si stabilisce con *gli utenti* affetti da grave disagio psicopatologico, nei Servizi con funzioni terapeutico-riabilitative, non si può configurare sempre e comunque come una relazione specializzata, ma neanche come una relazione semplicemente esistenziale: esso si configura come una relazione intermedia tra gli aspetti suddetti, che si declina su una comunicazione empatica. Per cui, partendo da una comprensione emotiva, ci si avvicina alla prospettiva con cui il paziente guarda la realtà, per poter capire i suoi bisogni, soprattutto quelli potenzialmente evolutivi. Ciò avviene quando egli non tanto e non solo si sente trattato con gentilezza, correttezza, solidarietà, generosità, quanto soprattutto rispettato e compreso, avendo nell'operatore un testimone partecipe dei propri sentimenti, spesso di angoscia, dolore, inadeguatezza, vergogna, aggressività, solitudine, ecc.

III.1 Alcuni parametri per una terapeuticità

Il rapporto è terapeutico se realizza un vero incontro tra le soggettività, in particolare sul piano emotivo, o la possibilità di un incontro, nel tempo in cui si svolge. Non è necessario che questi incontri abbiano sempre un carattere di incisività con caratteristiche tradizionalmente formalizzate e finalizzate. Nella vita quotidiana vi sono anche incontri di basso profilo, che possono svolgersi, tuttavia, importanti funzioni sintoniche con il modo di essere del paziente

preso nel suo insieme (funzioni eutrofiche), contribuendo a produrre benessere.

Nell'attività terapeutico-riabilitativa si può configurare una prossimità interpersonale fatta di discrezionalità eutrofica che è terapeutica, se possiede certe qualità di autenticità, di non artificiosità, fornita come gesto professionale ed autentico, ma non necessariamente spontaneo in modo ingenuo, bensì basato su un atteggiamento consapevole e condiviso, altrimenti si realizza solo un intrattenimento sterile.

E' importante mantenere un vertice fenomenologico, fondato sull'incontro io-tu, su una disponibilità, un'accettazione e una tolleranza per come l'altro si presenta ed è, fornendo la relazione possibile per quel tipo di paziente e per le sue possibilità relazionali in quella fase di vita.

III.2 Declinazione di alcuni elementi clinico- metodologici

Per impostare una clinica della relazione, secondo la costruzione intersoggettiva e, più in generale, sociale delle esperienze e delle emozioni possono esserci utili le riflessioni anche di altri autori, già precedenti alle nostre, sul considerare l'altro come costitutivo dell'io, dove la dimensione dell'alterità fornisce la possibilità di tracciare un limite al sé, delineandone i confini.

In tal senso si comincia a percepire la dimensione interpersonale dell'identità, che si costituisce progressivamente come deposito delle esperienze relazionali significative della nostra esistenza, presenti non solo come memoria, ma come intrinseche modalità di essere nel mondo

L'importanza della conferma delle esperienze soggettive del bambino nello sviluppo psicologico è stata ampiamente studiata da molti autori, basti pensare alla scuola di Palo Alto, alla "Pragmatica della comunicazione umana", al concetto di doppio legame, ma soprattutto alla voluminosa ricerca di Bowlby sulle modalità di attaccamento. Sugli studi di questo autore G. Liotti ha fondato le sue basi teoriche, sviluppando le riflessioni espresse, tra l'altro, in "La dimensione interpersonale della coscienza" (ed. Carocci 1998).

Nel capitolo "La duplice illusione del sé unitario e isolato", egli scrive:

"L'esperienza di avere un'identità unica è tanto universalmente umana quanto illusoria. Le rappresentazioni di sé-con-gli-altri sono inevitabilmente molteplici fin dall'inizio della vita, e ciò che può variare è solo il grado di coesione o coerenza stabilito fra loro nei processi interpersonali del dialogo e della coscienza. Siamo tutti composti di una molteplicità di aspetti dell' "io" o "sé". L'esperienza di essere un io unitario e stabile nel tempo si rivela illusoria agli occhi di coloro che, centrando l'attenzione sull'intersoggettività più che sull'individuo, notano la natura pure ingannevole dell'altra fondamentale esperienza umana: quella di sussistere come io isolato, contrapposto alle cose del mondo e alle altre persone, autosufficiente e concluso in se stesso.

Come afferma la teoria della coscienza di Edelman, non solo il pensiero concettuale, ma il cervello stesso si organizza attraverso l'interazione sociale. La stessa idea che l'io sia indipendente dagli altri in quanto capace di divenire oggetto a se stesso nella riflessione, crolla di fronte ad alcune osservazioni della psicologia sociale, le quali dimostrano quanto le strutture dell'autoriflessione mutino in funzione del contesto interpersonale che fa loro da sfondo nel momento in cui vengono utilizzate e come esse si disintegrino per la protratta assenza di transazioni sociali. L'identità personale è, dunque, una questione di conferme "sociali" ripetute.

IV Il fare come progettualità esistenziale

L'esperienza ci insegna che poter integrare il fare con il pensare costituisce uno degli

elementi chiave del trattamento, perché contrasta il "concretismo". All'interno di quest'ultimo, l'acquisizione della capacità di lavoro, ovvero, ancor prima che produrre in termini "consumistici", la possibilità della "costruzione" di qualcosa vissuto come utile all'espressione della propria soggettività, mentre si riattivano la dimensione d'espressione simbolica e la capacità di connettere significati alle proprie azioni, diviene un elemento centrale per ogni ipotesi di trasformazione, che possa poi costituirsi in percorso e processo di acquisizione di competenze nei vari ambiti dell'esistenza.

La partecipazione dei pazienti alla progettazione di una attività lavorativa, costituisce una modalità che contrasta la loro abitudine alla delega, alla dipendenza ed al mantenimento di quadri sintomatici. Molto più di un lavoro progettato solo da altri e ricevuto, la costruzione personale di una progettualità in tale direzione è intrinsecamente terapeutica, nel senso che si lega alle aspettative di affermazione e trasformazione della propria soggettività, cui lo stesso paziente partecipa, nonché alle sue aspettative esistenziali, nelle quali il lavoro svolge un ruolo centrale come valenza che promuove autonomia.

Un *contatto guidato con la corporeità* favorisce, in una prima fase di relazione ristrutturante, una basilare consapevolezza di sé stessi come iniziale sé corporeo, da cui tutte le altre aree della coscienza di sé prendono forma, anche per la *riorganizzazione simbolica* favorita da questo contatto; senza di esso, senza questo *ponte tra il soggetto e la realtà che il simbolo rappresenta*, è spesso impensabile produrre un lavoro evolutivo con gli stati gravemente dissociativi, a causa della impossibilità che i pazienti manifestano nell'avvicinarsi ad una forma simbolicamente "matura" quale quella rappresentata da un coerente linguaggio verbale. In tal senso, la prossimità con i significati che un contatto nuovo e ristrutturante con la corporeità favorisce, oltrepassando le modalità fortemente "concretistiche" di questi soggetti, risulta centrale, anche a causa del fatto che il corpo è l'iniziale "contenitore" di ogni simbologia, estesa poi a tutto il rapporto con il reale per operazioni analogiche col corpo stesso (es: la palla è tonda come la testa, il bastone è lungo come il braccio e lo prolunga, ecc.). In conseguenza e contemporaneamente a questi aspetti ed in stretta articolazione con essi, sul piano dello scambio relazionale appare molto importante poter anche risperimentare, per il paziente, in modo funzionale, non distorto e diretto verso una finalizzazione motivazionale, almeno ciò che generalmente accade in una seconda fase nello sviluppo del processo di costruzione di un sentimento d'identità soggettiva, intorno ai 9 mesi d'età, allorché il bambino osserva le espressioni del viso dell'adulto per ottenere informazioni attendibili su: approvazione/disapprovazione, sicurezza/pericolo, piano d'azione condiviso/non condiviso.

La funzione di coscienza che scambia con l'ambiente esterno al soggetto, incontra anche informazioni significative, da un punto di vista emotivo-affettivo, costituite da *pattern* procedurali pre-simbolici (codificati con modalità non ancora simboliche o mal codificati in tal senso). Essi compaiono alla consapevolezza come sequenze ripetitive del comportamento (passaggi ad agiti scarsamente "pensati", espressioni mimiche, risposte del sistema nervoso autonomo).

In presenza di un'informazione non codificata, l'operatore curante deve potersi porre in aiuto del paziente nell'identificare, in primo luogo, la natura dell'esperienza, verso un ristabilimento autonomo dell'equilibrio (è questo il cosiddetto *self-riting*, concetto proposto dalle più attuali prospettive analitiche relazionali, che si muovono dalle acquisizioni desunte dalla *Infant*

Research nordamericana degli ultimi decenni).

Stati umorali in cui l'espressione emotiva sia intensa, richiedono che il/i curanti forniscano un contenitore stabile e responsivo (quindi premuroso, sintonico e ben monitorato) in termini di *holding* e/o di rispecchiamento empatico, per favorire un'esperienza di oggetto-sé tranquillizzante, vale a dire una relazione in cui si senta che l'altro si colloca accanto ai propri bisogni evolutivi e non li ostacola, sentendosi sostenuto e validato in direzione del proprio sviluppo, raggiungibile in modo il più possibile autonomo ed autoregolativo. La pratica clinica dimostra ampiamente come sia maggiormente possibile capire gli stati emotivi intensi (panico, vergogna, depressione, ecc.), dando loro un significato di comprensibilità e, quindi, di trasformabilità, se li si mette in relazione con antichi fallimenti di sostegno empatico, all'interno dei quali, come si è detto, gli affetti hanno preso corpo come prodotti di una "frammentazione".

Gli stati emotivi e comportamentali che avvengono nelle "rottture" relazionali (che si verificano quando si sente l'altro, a torto o a ragione, non sufficientemente responsivo ed empatico), sono tentativi di raggiungere una qualche vitalizzazione del sé attraverso la ricerca, paradossale talvolta, di un'esperienza di oggetto-sé che temporaneamente possa reintegrare una coesione, ma avvengono spesso al prezzo di una disorganizzazione ulteriore della personalità. La dimensione comunicativa nella quale l'autoriflessione è possibile, richiede che i curanti promuovano l'esplorazione del significato dell'esperienza del paziente in stretta relazione alle sue motivazioni. Infatti costui ha la sensazione di essere compreso tanto più, quanto più si cerchi di capirlo dall'interno del suo punto di vista.

Sperimentare una condizione esistenziale in un contesto che fornisca continuità relazionale, risulta fondamentale. Il percorso verso una dimensione di autocoscienza riflessiva è, allora, favorito non solo dal senso di sentirsi al sicuro nell'esprimersi, basato sul livello di ricettività posseduto dai curanti e dal loro grado di consapevolezza di sé, ma anche dal senso più ampio di sentirsi al sicuro nel fare esperienza. Al di fuori di tale condizione, ci può essere timore ed angoscia esistenziale, rispetto all'eventualità che portare alla consapevolezza qualsiasi aspetto di uno stato traumatico, pregresso o attuale, possa condurre alla irreparabile frammentazione della coesione del sé. Un cauto incoraggiamento del contesto curante verso il paziente, nell'ampliare la sua consapevolezza, deve essere modulato dall'impegno nell'essere presenti sul contenere o condividere lo stato affettivo minaccioso, aiutando ad integrare i frammenti in sequenze organizzate che rispondano ad una logica e ad una disponibilità emotive, nonché ad una finalizzazione integrata delle spinte emotive verso azioni e condotte, in termini di vicinanza con gli aspetti più strettamente cognitivo-razionali. Il senso della integrazione tra differenti aspetti, sta nelle loro caratteristiche e finalità, seppur diverse non contraddittorie ma complementari, nella possibilità di operare congiuntamente nella stessa direzione.

Gli scambi relazionali inerenti anche le piccole interazioni quotidiane, devono poter essere gestiti dagli operatori come un continuo intervento "focale", con spontaneità ma rimanendo costantemente nei confini di un *setting* "interiore", affinché il paziente possa recuperare al meglio una coesione; affinché, altresì, man mano che il percorso verso la consapevolezza si apre, momento per momento, la gamma dei pensieri e delle emozioni di cui si fa esperienza si estende. Il lavoro su eventi micro-relazionali ("*now moment*" o momenti-"presente" di D. Stern), cioè su momenti fortemente significativi da un punto di vista emotivo, perché legati all'espressione di una propria identità come individuo in relazione, favorisce micro-cambiamenti. Ciò permette

di modificare le mappature neuro-psico-relazionali disfunzionali e produrre ri-significanza, rispetto alle proprie azioni, nell'attribuzione di senso sia all'agire storico che quotidiano.

Il contatto con la consapevolezza del dolore (il grande "evitato", a causa delle vecchie ferite psicologico-relazionali vissute dal paziente) è favorita dal fare condiviso, organizzato come processo esistenziale. Il libero accesso alla consapevolezza all'interno di un percorso terapeutico, dipende dalla lenta costruzione di uno scopo condiviso tra operatore e paziente, derivato da una comune motivazione esplorativo-assertiva. Il lavoro quotidiano con gli stati dissociativi ci fa ritenere che la ripetizione di molti degli episodi di rottura relazionale non vadano letti come regressioni non desiderate o come sgradevoli atteggiamenti difensivi, ma come un segnale positivo inerente il percorso verso una consapevolezza riflessiva, per bisogni e aspirazioni da tempo trattenuti, che divengono accessibili ad una più ampia esplorazione. In questi casi il paziente è riuscito a stabilire un livello di fiducia necessario per riaprire vecchie ferite psicologico-relazionali e poterle elaborare. A questo punto i curanti devono poter essere sensibili ad apprezzare sufficientemente l'esperienza del paziente, riconoscendovi lo stato affettivo e cognitivo alterato. Quando i pazienti sentono di aver contribuito a far riconoscere ai curanti un'esperienza secondo il loro punto di vista, possono sentirsi più aperti ad ampliare le proprie prospettive. Il mancato riconoscimento di stati emotivi può produrre rotture della sintonia relazionale, così come un riconoscimento produce invece reintegrazione. L'alternanza rottura-reintegrazione è del tutto usuale e va osservata come una sequenza "fisiologica" nel percorso di ricongiunzione di aspetti dissociati della personalità.

V La mancanza di collaborazione come falso problema

V.1 Intersoggettività e dimensione emotiva

Poiché la comprensione del disagio psicopatologico si declina fondamentalmente sul piano emotivo e poiché ciò avviene con il primato dell'esperienza, può essere utile chiarire degli aspetti essenziali nei rapporti che intercorrono tra la relazione intersoggettiva e la dimensione emotiva.

In termini schematicamente descrittivi e molto semplificati, per emozione possiamo intendere l'aspetto più primitivo del sentire, caratteristica peculiare della materia organica che, ad un livello evolutivo superiore, utilizza vie neurofisiologiche ben definite. Essa presenta una stretta correlazione e corrispondenza con il soma e si esprime con due vissuti fondamentali ed antitetici: piacere e dispiacere; all'interno di questa bipolarità (che non è da leggere in rigidi termini dualistico-riduttivi) esiste tutta una gamma di sfumature.

Per piacere non deve intendersi semplicemente una assenza di dispiacere o di sofferenza, quanto il soddisfacimento di bisogni ed esigenze, la presenza di rapporti responsivi e validanti, una situazione armonica tra soma, psiche e ambiente.

Per dispiacere dobbiamo invece intendere una disarmonia che nasce dalla assenza di ciò che si è detto. Potremmo poi descrivere i sentimenti - i quali possiedono maggiore stabilità e minore intensità rispetto alle emozioni - come articolazione emotiva degli affetti e questi ultimi come le espressioni più complesse della nostra personalità e delle nostre motivazioni, indirizzate al mondo in cui viviamo, connessi alla dimensione ideativa e decisionale.

L'emozione è una risposta relazionale non essenzialmente cognitiva e non verbale, né essa può essere considerata un derivato pulsionale: è uno degli aspetti emergenti della organizzazione complessiva del nostro substrato biologico, integrato con gli aspetti cognitivi e con la sensibilità. Può essere senz'altro associata a cognizioni ed a schemi comportamentali, ma ha una sua realtà distinta, proprio come caratteristica reattiva, come risposta a stimoli esterni e ad eventi relazionali. In effetti, negli esseri umani ha poco senso considerare emozioni isolate ed è più coerente parlare, invece, di vita emotiva, di esperienza emotiva, in cui emozioni, sentimenti ed affetti sono strettamente articolati tra loro, il più delle volte indistinguibili come elementi separati ed isolati. Le esperienze emotiva ed affettiva, vanno considerate come originariamente complesse e l'espressione di stati emotivi è intrinsecamente un tentativo di entrare in contatto, o di regolare il contatto, con un'altra soggettività. Presentare l'esperienza emotiva come indipendente dal contesto in cui avviene, è fuorviante, proprio a causa del fatto che l'emozione o l'affetto, come puri e semplici segnali interni non esistono. Essi sono prodotti e suscitati da una caratteristica storia relazionale e da stimoli provenienti da un contesto all'interno del quale rivestono particolare significato degli specifici campi intersoggettivi. Il primo evento relazionale è proprio l'emozione. E' quindi per noi particolarmente importante il contatto con essa e il mettere la vita emotiva al centro della teoria e della clinica.

V.2 Dal paziente non collaborativo alle circostanze e situazioni collaborative

Quanto descritto nei paragrafi precedenti implica, apparentemente, una assente o scarsa capacità collaborativa del paziente al progetto di cura, nonché una sensazione di diversità rispetto a ciò che è concreto e reale per lui e ciò che è tale per i curanti. Ed infatti, il paziente non chiede un rapporto terapeutico (o psicoterapeutico) codificato, ma un contatto che possa contenere esperienze di quotidianità. Egli spesso non rifiuta la relazione umana come tale, ma ciò che da lui è vissuto come artificioso, troppo costruito sui ruoli e pertanto inautentico, oltre che temuto. Un rapporto condiviso si può stabilire solo quando il curante accetti la dimensione esistenziale del paziente, con le sue peculiari caratteristiche. Possiamo, quindi, considerare "curante" colui che abbia sviluppato e possieda una "personalità terapeutica", nel senso di possedere la capacità di promuovere percorsi e significati condivisibili, fornendo un modello di realtà e di relazione che li favorisca, tramite: accettazione della diversità, tolleranza della discontinuità, interazione in *setting* duttili, svolgimento di continui interventi "focali" sulle difficoltà emotive del paziente, nell'interazione quotidiana prolungata. Pertanto, obiettivo dell'incontro con il paziente, risulta essere non tanto il "curare" nell'accezione tradizionale, quanto il condividere elementi del quotidiano, che possa fornire una base sicura dalla quale esplorare l'esperienza, riuscendo a potersi permettere un atteggiamento non aversivo ma collaborativo. In tal modo, si può aggirare, nel lungo periodo, la presenza di strategie protettive e compensative, negli stati dissociativi, costituite da una tendenza a relazionarsi con "oggetti" vissuti come inanimati e squalificati, fino alla allucinazione ed al delirio, che alterano, appunto, la possibilità di porsi in modo collaborativo verso ipotesi di cura. Ciò è associato con:

- difficoltà nel riconoscere di essere portatore di un problema psicologico e talvolta anche esistenziale;
- transfert intenso nella relazione con i curanti, nel riproporre in essa aspettative e timori;
- diversità rispetto a ciò che è concreto e reale per il paziente e ciò che è tale per gli operatori;
- il paziente non chiede un rapporto di tipo psico-terapeutico tradizionalmente codificato, ma

un contatto che possa contenere esperienze di quotidianità. Il paziente spesso non rifiuta la relazione umana come tale, ma ciò che da lui è vissuto come artificioso ed inautentico, oltre che temuto;

- un rapporto condiviso si può stabilire solo quando il curante accetti autenticamente la dimensione esistenziale del paziente con le sue peculiari caratteristiche.

La possibilità di vivere un'esperienza di tipo ricostruttivo per il paziente, è pertanto direttamente collegata al poter consentire la sperimentazione di circostanze favorevoli, anche nei termini di sentir accolte le proprie aspettative evolutive. Ciò costituisce uno dei presupposti fondamentali per produrre l'esistenza di luoghi e spazi (vale a dire, appunto, aree di contenimento dell'angoscia e di promozione del possibile), così come dovrebbero essere i Servizi terapeutici, con un clima "situazionale" di potenzialità collaborative che in essi può essere vissuto. In altre parole, il paziente deve potersi sentire "situato" in un habitat che senta responsivo e non ostile o indifferente rispetto ai suoi timori-aspettative. In tal modo le circostanze e gli eventi vanno ad iscriversi in una dimensione che risulta essere collaborativa in se stessa, per intrinseche caratteristiche costitutive.

VI Gli attributi di contemporaneità per una epistemologia psichiatrica

Per esplorare paradigmi di cura ed un'epistemologia degli interventi che l'esperienza terapeutico-riabilitativa può ormai consentire, è necessaria una breve riflessione, anche critica, sugli interrogativi vecchi e nuovi che lo sforzo speculativo ha prodotto, in direzione della costituzione di una filosofia della scienza che possa individuare lo spazio di validità e di "scientificità" di una prassi operativa piuttosto che di un'altra. E' bene che ciò possa e debba essere fatto da soggetti il cui vertice d'osservazione si trovi all'interno delle discipline che ci interessano e ci coinvolgono: psichiatria, psicologia, psicoterapia, al fine di evitare una deriva su considerazioni astratte e non peculiari.

VI.1 Il declino formale della metafisica classica e la situazione del pensiero filosofico contemporaneo, tra ermeneutica e dialettica

Le scienze contemporanee stanno ampiamente rinunciando ad essere verità definitiva, epistemico-ontologica in senso fondazionale, a radice spesso metafisica, della presenza oggettivizzata degli enti, presentandosi dunque come sapere ipotetico, disposto a modificare le proprie congetture allorché risultino incompatibili con gli accadimenti evidenziati dall'esperienza. La previsione scientifica odierna non subordina più a se stessa gli scopi dell'uomo, quasi ponendosi al loro servizio, rinunciando ad essere verità e previsione definitiva, ma solo dominio relativizzato di eventi, specifici e confinati, nell'ambito della dimensione dello spazio-tempo.

La riflessione filosofica degli ultimi decenni si è occupata di indagare anche le risultanti degli aspetti il più delle volte impliciti ed occulti di matrice metafisica, in quanto tali non direttamente visibili nella loro influenza sulle relazioni interumane, per denunciarne l'inconsistenza, l'inutilità pratica, la pericolosità sul piano conoscitivo. Rispetto a questi sforzi di impegno utilitaristico e pragmatico, l'etica filosofica di matrice esistenzialistico-ermeneutico-dialettica, tende a proporre qualche riserva e resistenza, ravvisando pericoli di ulteriori pretese "fondative" della filosofia nei confronti di altre attività umane, ivi compresa la scienza. La riflessione si sposta pertanto, demone socratico, soprattutto su attività interpretative e sul proporre soprattutto

ciò che non va fatto, ispirando prudenza ed aspetti di coerenza, momento in cui i saperi si avvicinano, si intersecano e sempre di più si fecondano gli uni con gli altri: una tendenza che vedremmo utile non tanto in termini di "globalizzazione", quanto in chiave di avvicinamenti dialogici ed "integrativi", nella direzione di un percorso complementare, aprendosi piuttosto ad una trasformazione il cui senso è legato a quello più generale delle trasformazioni del sociale: un compito post-decostruttivo, in un lavoro di ricucitura e ricomposizione, nel problematico rapporto che intercorre tra struttura ed evento.

Nel presente, la scienza ha ereditato, in larga misura, il peso e la posizione di centralità che la filosofia possedeva nella cultura del passato; nella scienza è, appunto, tramontata in parte la filosofia, ma questo processo è pur sempre, ancora, un'avventura filosofica nel suo significato gnoseologico, diversa senz'altro rispetto all'articolazione con cui essa si era aperta all'inizio della storia dell'Occidente quando, dopo il mito che per millenni ha preceduto la nascita della filosofia, questa si presentò come epistémè, vale a dire sapere incontrovertibile, in quanto teso a cogliere il senso definitivo della totalità degli enti, senza tuttavia aver ancora esplorato in modo più articolato e compiuto il senso che l'uomo può trovare in se stesso nella relazione con i suoi simili e nel suo divenire.

Nel momento in cui la speculazione gnoseologica ha acquisito il traguardo di poter considerare valido per l'uomo un pensiero che si declini su prospettive relazionali tra le soggettività, anche una filosofia della scienza, vale a dire un'indagine epistemologica, necessaria sia in ambito speculativo che operativo, si configura necessariamente come riflessione intorno ai principi e metodi della conoscenza (teoria della conoscenza) in modo deassolutizzato e, quindi, come studio dello statuto delle teorie scientifiche in termini ermeneutici, relativisti e contestualisti. Nell'ambito di tale studio, l'odierna produzione epistemologica sembra riguardare soprattutto la questione di quali procedure possano essere effettivamente valide in ambito conoscitivo. Anche per quanto riguarda la psicologia clinica, si è orientati a definire dal suo interno la correttezza metodologica dell'operare, sia in relazione alle convenzioni conoscitive, sia alle loro direttive, sia alla valutazione dell'efficacia dell'intervento e del processo operativo nella gestione di tali conoscenze.

Scopo delle riflessioni epistemologiche è, quindi, quello di "conoscere la conoscenza".

Sulla scorta delle indagini epistemologiche degli ultimi decenni, possiamo oggi affermare che:

- non ci sono fatti indipendenti da teorie né da relazioni;
- non si può non essere guidati da premesse;
- il conoscere è mediato da schemi d'azione.

Una teoria della costruzione dell'esperienza è, quindi, strettamente dipendente dal nostro agire e l'epistemologia si configura come studio delle operazioni necessarie per conoscere. All'interno di ciò, l'operatività psicologica va dunque considerata con più livelli di coinvolgimento. L'attenzione si rivolge, perciò, ai livelli e processi di acquisizione dell'esperienza e alle spiegazioni che si danno a ciò che accade.

In questa prospettiva, la terapia si configura come decostruzione ed, insieme, costruzione di significati, con ricerca di nuove coerenze, in quanto ogni psiconevrosi, ogni malessere psichico, è la dimostrazione della crisi di un sistema conoscitivo, un circolo vizioso di autoinvalidazione

ricorsiva, in cui il punto di vista del sintomo diviene lo stesso punto di vista con cui si guarda al sintomo. La psicopatologia può esser, infatti, anche considerata come perdita della capacità di osservare i propri processi conoscitivi.

Negli esiti più recenti del dibattito circa la "scientificità" di talune discipline come la psicologia clinica o la psicoterapia, si cerca di leggere nel carattere ibrido delle scienze psicologico-cliniche il segno di un paradigma nuovo, al quale gli altri ambiti del sapere possano fare riferimento, per superare rigidi steccati di disciplina e per trovare, al di là di sterili opposizioni, i termini di un nuovo linguaggio comune tra i vari ambiti del conoscere scientifico. Pertanto, alle scienze psicologiche va riconosciuta l'utilizzazione sia di strumenti esplicativi delle scienze naturali, sia di elementi ermeneutico-interpretativi che si integrino con i precedenti, in un linguaggio nuovo, al di là di sterili e rigide opposizioni disciplinari.

Il problema può, semmai, essere osservabile all'interno di un concetto di "gradiente d'uso" di tali elementi, utilizzando atteggiamenti, secondo i casi ed i momenti, o più vicini alla descrizione-spiegazione o invece alla comprensione-interpretazione. Entrambe le posizioni dovranno comunque contenere dei criteri di coerenza logica e non solo pragmatica, per salvaguardare una condizione generale di "scientificità".

Gli scopi primari dell'agire umano sono risultati essere (sia dalle riflessioni antropologiche della filosofia dei valori e di quella esistenziale, sia dalle più recenti ricerche empiriche sull'infanzia), quelli di dare significati, essere mossi da motivazioni esplorative, agire entro una prospettiva cognitivo-affettiva di relazione. Ne deriva la necessità di una teoria clinica, la quale si regge, in ogni caso, se ha alle spalle una griglia teorica della personalità. Lo sforzo attuale è infatti quello che cerca di costruire una teoria della motivazione e dell'azione valutativo-terapeutica, basate sulle acquisizioni delle neuroscienze cognitive (reti e mappe neurali, lavoro in sequenziale ma anche in parallelo, neuroni "a specchio", ecc.), dell'etologia, della biologia evuzionista, della ricerca cognitiva e psicoanalitica sull'infanzia, della ricerca sui risultati e sui processi della psicoterapia.

L'identità, la realizzazione di sé, l'affettività, le emozioni, le rappresentazioni, le fantasie, i sogni (e soprattutto i vissuti su di essi), le relazioni, temi centrali dell'indagine psicologico-psicoterapica, sono luoghi per eccellenza del simbolico, della soggettività, dell'irripetibile, i luoghi complessi, difficili (in termini di categorizzazione) e quindi anche in parte sfuggenti, del qualitativo. Con quale "scientificità" è possibile studiare ed approcciare il qualitativo ?

Si trova una qualche difficoltà di adattarsi ai parametri di osservabilità prescritti dal concetto classico, deterministico-naturalistico, di scienza e alla impossibilità di ridurre i complessi "oggetti" qualitativi entro i confini rigidi che definiscono l'indagine sperimentale, che risulta a tale proposito, relativamente a tutte le "scienze umane", alquanto inadeguata. Essa procede infatti, tramite l'isolamento di variabili e la verifica delle loro relazioni, il più possibile depurata dalla soggettività dei partecipanti all'esperimento e/o alla verifica. In ambito clinico, il coinvolgimento osservatore-osservato (entrambi partecipanti) va invece non solo accettato, ma accolto e utilizzato come mezzo di conoscenza e di cura, altrimenti si rischia la posizione riduzionista di illudersi in una improbabile trasformazione solo agendo sul piano biologico.

La psicologia clinica si occupa di problemi e malesseri di tipo emotivo ed affettivo, che condizionano le stesse capacità cognitive nel loro sviluppo. Depurare ciò dai fatti soggettivi

vuol dire epurare dal suo stesso oggetto gli eventi comunicativi. La verifica sperimentale rischia di annullare gli oggetti del lavoro terapeutico che sono appunto i sentimenti, gli affetti, il simbolico, il metaforico, la relazione, la soggettività.

È necessaria, tuttavia, una certa confrontabilità e verificabilità, che possa salvaguardare quel minimo di "oggettività" dalla quale non si può prescindere per non cadere in altri ineffabili assolutismi, ideologizzazioni, categorizzazioni vuote o impossibili.

La proposta che si va maggiormente (e faticosamente) diffondendo da qualche tempo, è quella di *nuovi paradigmi di complessità*, ma non va dimenticata la necessità di rendere ciò *complementare con paradigmi di semplicità*.

L'epistemologia è dunque, una questione interna alla ricerca scientifica, specifica per ogni singola disciplina e la conoscenza rappresenta il metadominio dell'indagine epistemologica, ma è anche uno degli oggetti di studio e di riflessione interni alla psicologia.

Per elaborare strumenti e metodi che consentano un approccio rigoroso, "scientifico" ma non riduttivo, possiamo accostarci al paradigma della complessità, che opera una revisione critica dei criteri della scientificità classica, di tipo positivista-determinista, derivati dalle scienze della natura.

Il paradigma della complessità si muove su 3 grossi nuclei concettuali :

- l'idea di realtà da cui si prende riferimento,
- il rapporto di reciproca influenza tra osservatore ed osservato,
- le modalità dell'osservazione.

Anche all'interno di questo paradigma, la scientificità si connota come l'esplicitazione dei quadri teorici e metodologici, che guidano ogni indagine e ricerca, delle variabili sottoposte ad osservazione e delle relazioni tra esse ed il contesto in cui l'osservazione ha luogo. Questo principio attraversa tutta la scienza senza distinzioni di ambiti applicativi.

VI.2 Scienze psicologiche e verifica "scientifica"

Dopo che ci si è a lungo chiesti se in psicologia clinica e in psichiatria i criteri di scientificità possano essere gli stessi utilizzati in altre scienze, sulla scorta anche delle riflessioni Diltheyane, ci si potrebbe attualmente orientare fondamentalmente sui seguenti, validi in ogni ambito d'indagine conoscitiva:

- convalida logica – controllare la coerenza tra le nuove conoscenze generate dalle ipotesi e l'insieme di conoscenze presenti nella stessa teoria e nel campo di ricerca,
- convalida pragmatica - in che misura le ipotesi funzionano ed hanno un'utile ricaduta,
- convalida empirica - verificare le ipotesi attraverso una serie di dati desunti da esperienze in cui le variabili in gioco vengono, fin dove possibile, monitorate.

In sintesi, possono esistere varie prospettive teoriche alle quali assegnare criteri di validità ed utilità ma non di "verità", se non in termini di relatività storica. Quindi, sebbene un certo livello di garanzia pragmatica possa derivare da un sufficiente grado di coerenza interna di una teorizzazione o modello operativo-conoscitivo (per assenza di contraddizioni logiche tra premesse, procedimenti ed acquisizioni), pur tuttavia un fattore essenziale va assegnato all'aderenza ad una processualità

storica delle conoscenze. Infatti, a parità sillogistica di coerenza "logica" interna, una teoria ha maggiori probabilità di risultare valida nei confronti di un'altra, quanto meno datati e più attuali siano i suoi riferimenti. Anche questo, tuttavia, è un criterio generale ma non universale, che non può valere in modo decontestualizzato né assolutizzato.

VI.3 La psichiatria e la psicologia clinica: scienze dell'esperienza relazionale

La scienza prevalentemente ermeneutica, denominata Psichiatria (e con essa la Psicologia clinica, la Psicoterapia, la Psicoanalisi), si può avvalere solo di una verifica empirica del percorso terapeutico. Anche indirizzi psicoterapeutici diversi, negli anni più recenti, sostengono ormai in aperta confutazione delle più datate tesi positivistiche, che il contributo dell'osservatore, rispetto al fenomeno che osserva ed al quale partecipa, non può essere negato. Non esistono i fatti solo in quanto tali, ma essi sono intrisi di teoria, e di elementi soggettivi, inseriti da chi osserva o interpreta.

Le interpretazioni di una realtà psichica possono essere molteplici, ma ciò non significa, come sostiene M. Gill (1996), che in una prospettiva costruttivistico-ermeneutica sia tutto accettabile. Il costruttivismo radicale produce un paradosso riduzionista fino a posizioni assurde del tipo tutto va bene', come ha in parte sostenuto Feyerabend (1975).

Il dibattito sulla psichiatria dinamica come scienza naturale o ermeneutica, si basa fondamentalmente sulla distinzione tra metapsicologia e teoria clinica, ovvero, tra metapsicologia e psicologia. La metadisciplina di ogni disciplina chiarisce il contesto entro il quale si determina il significato di certe proposizioni. Si è a lungo parlato di differente metodo scientifico tra scienze naturali e scienze ermeneutiche. Il metodo scientifico naturalistico consiste nel mostrare un'ipotesi, raccogliere dati relativi a questa ipotesi e verificarla sulla base dei dati raccolti, nel rispetto di alcune regole prestabilite: la difficoltà maggiore si presenta nella definizione dei dati.

La convalida, in un contesto ermeneutico, è invece una sorta di movimento continuo in cui il tutto determina il significato delle parti e viceversa, secondo il ben noto "circolo ermeneutico". Tale processo non differisce in modo significativo da quello delle scienze naturali, anche se le obiezioni che da sempre vengono avanzate riguardano il fatto che la convalida ermeneutica si basa solamente sulla capacità di inclusione e sulla coerenza, diversamente delle scienze naturali che si occupano di fatti, di eventi materialmente osservabili che vanno a cercare validazioni su elementi esterni all'osservatore, ritenuti erroneamente troppo spesso neutri. Si può ritenere, in ogni caso, che tutte le scienze debbano confrontarsi con una convalida intesa come coerenza tra le parti ed il tutto e viceversa.

Sia nelle scienze naturali che in quelle ermeneutiche la realtà è limitativa rispetto alla convalida, nel senso che una posizione per essere valida non deve contraddire la realtà nella misura in cui questa può essere conosciuta, vale a dire nella misura in cui siano possibili osservazioni sulle quali si possa essere inequivocabilmente d'accordo. La dicotomia epistemologica che ne risulta, costituisce una argomentazione oppositiva tra teoria della verità come corrispondenza e teoria della verità come coerenza. Non è necessario osservare nella pratica psichiatrica tale dicotomia, poiché ogni ricercatore, così come ogni clinico, trova i suoi fatti nei termini della sua teoria e, quindi, nel contesto in cui opera.

Si può considerare, dunque, la psichiatria dinamica sia come costruttivista che ermeneutica, ma comunque scienza, concludendo che tutte le scienze sono costruttiviste, mentre solo le scienze umane sono anche ermeneutiche. Con la psicoterapia possono essere recuperati, ad esempio, ricordi, sentimenti connessi con questi ricordi e significati, ma il contesto in cui vengono recuperati ed i significati mutati che possono essere osservati allorché avviene il ricordo, rendono questo una costruzione, diversa da un caso all'altro, oltre che una scoperta. Non a caso, Laplanche (2008) individua nel concetto di realtà psichica un'area intermedia tra il puro determinismo causalistico e la comprensione ermeneutica. L'elaborazione del concetto di "scienza ermeneutica" armonizza la visione ermeneutica con il metodo scientifico, la valutazione soggettiva e le prospettive di ricerca oggettiva. Il metodo psicoterapeutico può essere definito, quindi, come una particolare forma di ermeneutica che si coniuga con lo spirito di ricerca. E' anche questo uno dei motivi per cui è utile e necessario poter parlare di dialettica in termini processuali, articolata su elementi complementari e non su opposti, come vorrebbe il concetto ancora utilizzato di dialettica condizionata da posizioni dualiste. Il pericolo di autoconferma ricorsiva può essere minimizzato all'interno di un limite riscontrabile nel rispetto della verità fattuale di ciò che il paziente ha sperimentato e sperimenta. Se talvolta è necessario ripercorrere, con il paziente, la sua storia di eventi e di affetti, lo scopo non è solo quello di far riemergere la scena del ricordo come semplice evento, quanto farne emergere il significato che ha per lui. In psichiatria e in psicoterapia, quindi, hanno pari dignità il momento della ri-scoperta e quello della convalida.

Potremmo pensare che una scienza della psiche, scienza che si articola intorno all'esperienza di ogni singola soggettività ed ai significati che essa può costruire, la quale sia insieme scienza empirica ed anche ricognizione critica, potrebbe ridurre la preoccupazione attribuita all'incommensurabilità e alla scarsa comparabilità dei vari modelli teorici, senza assumerla necessariamente, talvolta forzatamente, come manifestazione di pluralismo e democrazia. È necessario, pertanto, distinguere relativismo da pluralismo, differenziando il confronto fra teorie diverse e non comparabili, dal confronto fra modelli comparabili all'interno di uno specifico e limitato campo teorico. In tal caso, il confronto tra ipotesi contrastanti permetterebbe, attraverso analisi e prove empiriche, di convalidare solo una o alcune delle ipotesi, ignorando le altre come non significative.

L'obiettivo implicito del paziente è quello di trovare, nella relazione con i curanti, le condizioni di sicurezza che favoriscano il recupero di possibilità, capacità, desideri e bisogni personali, messi in scacco da uno stato di conflitto e di dissociazione, nonché la modifica di convinzioni distorte e di modelli organizzativi invariati, disfunzionali rispetto al piano esperienziale. L'esigenza di un margine di oggettività non è attuabile se non attraverso la soggettività degli interpreti, nella loro sintonizzazione e nella congiunta ricerca di significato.

In tal senso, l'intervento terapeutico in psichiatria e psicoterapia, evento specifico per ogni singolo incontro tra due o più soggettività, può essere inteso come una rimodulazione delle diverse immagini di sé, per il soggetto portatore di un disturbo, accessibile tramite un processo per cui il paziente-interprete attraversa sia la verità storica ricostruita, sia quella attuale, che si articola nello spazio intrapsichico e relazionale nelle forme di trasferimento attributivo di significati e di una loro diversa regolazione, sia sul piano emotivo che consapevole, tramite l'esperienza della relazione di cura-trasformazione.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV (a cura di), *Resorce kit per l'operatore psichiatrico di comunità*, Progetto Psycho Rescue, ISFOL – Programma Leonardo da Vinci, <http://www.psychorescue.org>, Roma, Rodamedia Communication Srl, 2008
- Ammanniti M., Stern D.N. (a cura di), *Rappresentazioni e narrazioni*, Bari, Laterza, 1991
- Anthony W. Liberman R.P., *Principi e pratica della riabilitazione psichiatrica*, "La Riabilitazione Psichiatrica", Milano, Raffaello Cortina, 1997
- Asch S.E., *Psicologia Sociale*, Torino, SEI 1989
- Astin John L., *Come fare cose con le parole*, Genova, Marietti, 1987
- Attenasio L., Di Gennaro A. (a cura di), *Europa senza manicomi. Il viaggio di un'idea. 44 matti a Strasburgo*, Roma, Gangemi, 2005
- Baker F., *Case Management*, in Liberman R.P. (a cura di) *La Riabilitazione Psichiatrica*, Milano, Raffaello Cortina, 1997
- Basaglia O. F., *Salutemalattia – Le parole della medicina*, Torino, Piccola Biblioteca Einaudi, 1982
- Basaglia O. F., *Lectio magistralis sul tema: tutela dei diritti e saperi disciplinari*, "Fogli di informazione" n. 188, Pistoia, Centro di documentazione, 2001
- Basaglia F., *Conferenze Brasiliane*, Milano, Raffaello Cortina, 2000
- Basaglia F., *Scritti*, Torino, Einaudi, 1964
- Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi, 1979
- Bauman Z., *Modernità liquida*, Bari, Laterza, 2011
- Bauman Z., *Voglia di comunità*, Bari, Laterza, 2007
- Bechler P., *Le management des competences en action sociale et medico sociale*, Parigi, Dunod, 2005
- Bergson H., *materia e memoria*, 1896
- Bert G., *Medicina narrativa*, Roma, Il pensiero Scientifico Editore, 2007
- Bion W.R., *Apprendere dall'esperienza*, Roma, Armando, 1972
- Bion W.R. *Attenzione e Interpretazione*, Roma, armando, 1987
- Blake R., Mouuton, Jane S., *The New Managarial Grid, (1964)*, USA, Gulf Publishing Compagnuy, 1978
- Borghans L. et al, *The Economics and Psychology of Personality Traits*, 2008
- Boyatzis R., *The Creation of the Emotional and Social Competency Inventory (ESCI)*, Boston, Hay Group, 2007
- Bruner J., *La ricerca del significato*, Torino, Bollati Boringhieri, 1992
- Canosa R., Genovese A., *Cicli affettivi positivi*, 1998
- Cantarella F., Tamburella F. (a cura di), *Auto mutuo aiuto e self Help*, atti del convegno "i gruppi di auto mutuo aiuto: promozione di benessere e salute sociale", Roma, Aracne editrice, 2011
- Carli Panice, *Analisi della domanda*, "Riv Psicologia Clinica", Anno 1, N1 gennaio aprile 1987
- Carozza P., *La riabilitazione psichiatrica nei Centri Diurni*, Milano, Franco Angeli, 2003
- Castelfranchi C., *La produzione interpersonale ed istituzionale della gravità*, "Dialogo con la follia", Roma, Armando, 2003
- Castelfranchi C., Henry P., Pirella A., *L'invenzione collettiva*, Torino, Gruppo Abele, 1995
- Charon R., *Narrative medicine: honoring the stories of illness*, Oxford University Press, 2006
- Cocchi A., Meneghelli A., *L'intervento precoce tra pratica e ricerca*, Torino, Centro Scientifico, 2004
- Commissione europea, *Libro Verde Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea* COM (2005) 484 del 14/10/2005
- Commissione europea, *Non Cognitive Skills and Personality Traits: Labour Market Relevance and their Development in E&T Systems*, Analytical Report for the European Commission prepared by the European Expert Network on Economics of Education (EENEE), 2011
- Consiglio dell'Unione Europea, *Risoluzione del 18 novembre 1999 sulla promozione della salute mentale*, GUCE C 86/01 del 24/3/2000
- Consiglio dell'Unione Europea, *Conclusioni del Consiglio sul patto europeo per la salute e il benessere mentale: risultati e azioni future*, GUUE 2011/C 202/01
- Convenzione OIL concernente *la Riabilitazione professionale e l'Occupazione di Persone Disabili* No. 159, 1983
- Correale A., *Area traumatica e campo istituzionale*, Roma, Borla, 2007
- Correale A., *Il Campo istituzionale*, Roma, Borla, 1999
- D'Agostino L. (a cura di), *Quando la diversità è valore. Inclusione attiva e disturbo psichico nei Centri Diurni di Piemonte, Puglia, Toscana ed Umbria*, Roma, Isfol, 2010, (Collana Strumenti per)
- Dalla Volta A., *Dizionario di Psicologia*, Firenze, Giunti Barbera, 1974
- De Bono E., *Creatività e pensiero laterale*, Milano, BUR Rizzoli, 1998
- Dewey J., *Democrazia ed educazione*, V Ed., Firenze, La Nuova Italia, 1974
- Di Cesare G., Grispini A., Villa G., *Psicosi e Violenza*, Roma, Carocci, 1998

- Di Cesare G., Bottini E., *Discontinuità e lavoro sul negativo come antidoto all'intrattenimento nei Centri Diurni: la murga della baraonda*, "Psichiatria e Psicoterapia", XXVIII 4, 2009, pp. 296-316
- Digilio G., *Partecipazione*, in Digilio G-. (a cura di) *Vade retro del pregiudizio*, piccolo dizionario di salute mentale, Roma, Armando Editore, 2005
- Edwards J., Mc Gorry P., *Intervento precoce nelle psicosi*, Roma, Centro Scientifico, 2004
- Felice A.(a cura di), *Quando la diversità è valore. Inclusion e disturbo psichico nei Centri Diurni del Lazio*, Roma, Isfol, 2008 (Collana Temi e Strumenti)
- Felice A., Delai N., D'Agostino L (a cura di) *Dipendenze e mentoring. Prevenzione del disagio giovanile e sostegno alla famiglia*, Roma, Isfol, 2006 (I libri del Fondo Sociale Europeo)
- Felice A., D'Agostino L. (a cura di), *Guida al Mentoring in carcere*, Roma, Isfol, 2004 (I libri del Fondo Sociale Europeo)
- Ferraresi M., *Psicoterapia, pedagogia, sociologia?*, "Minerva Psichiatrica e Psicologia", vol. 13, n. 3, 1972
- Ferruta A., *La cultura della trasizionalità specifica della formazione per la comunità terapeutica*, "La comunità terapeutica", Milano, Raffaello Cortina, 1998
- Feyerabend P. K., *Contro il metodo*, Milano, Feltrinelli, 1975
- Fonagy P., Target M., *Attaccamento e funzione riflessiva*, Milano, Raffaello Cortina, 2001
- Foucault M., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France, (1973-1974)*, Milano, Feltrinelli, 2004
- Foerster von H., *Sistemi che osservano*, Roma, Astrolabio, 1987
- Francescato D., Tomai M., Girelli G., *Fondamenti di psicologia di comunità*, Roma, Carrocci, 2005
- Gabbard G. O., Western D., *Ripensare l'azione terapeutica*, Milano, Gli Argonauti, anno XXVI N° 1, 2004
- Gabbard G.O., Lester E.P., *Violazioni del setting*, Milano, Raffaello Cortina, 1999
- Galimberti U., *L'ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*, Milano, Feltrinelli, 2007
- Galimberti U., *Enciclopedia di psicologia*, Torino Utet, 2006
- Galimberti U., *Dizionario di psicologia*, Torino, Utet, 1992
- Galimberti, V., *Psichiatria e fenomenologia* Milano, Feltrinelli, 1979
- Gallese V., *Neuroscienze controverse*, intervista per Brainfactor di M. Mozzoni, 25 maggio 2009
- Garcia Badaracco J.E., *La Comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*, Milano, Franco Angeli, 1997
- Georgieff N., *Qu'est-ce que la schizophrénie ?*, Parigi, Dunod, 2004
- Gergen K.L., Gergen M., *La costruzione sociale come dialogo*, Padova, Logo, 2005
- Gilli M., *Psicoanalisi in transizione*, Milano, Raffaello Cortina, 1996
- Gittelman M., *Terminabilità dell'intervento riabilitativo*, in Maone e Ducci (a cura di) *La sfida alla cronicità*, Milano, Franco Angeli, 1998
- Goleman, D., *Leadership that gets results*, Harvard Business Review March-April, (2000) pp 2-17
- Goleman D., *Intelligenza emotiva*, Milano, BUR Rizzoli, 1999
- Graffi G. Scalise S., *le lingue e il linguaggio*, Bologna, il Mulino, 2002
- Grice P., G. Moro (a cura di), *Logica e Conversazione*, Bologna, Il Mulino, 1993, pp 55-77
- Heidegger M., *L'arte e lo spazio*, Genova, Il Nuovo Melangolo, 2003
- Hinshelwood R.D., *Riflessioni sulle istituzioni*, Roma, Giovanni Fioriti, 2007
- Hinshelwood R.D., *Cosa accade nei gruppi*, Milano, Raffaello Cortina, 1989
- International Labour Organisation's (ILO), *FACTS ON Disability in the World of Work*, Geneva, International Labour Office, 2007
- International Labour Organisation's (ILO), *Managing disability in the workplace, ILO code of practice*, Geneva, International Labour Office, 2002
- International Labour Organisation's (ILO), *Mental health in the workplace*, Geneva, International Labour Office pag. 1, 2000
- Isfol, *Validazione delle competenze da esperienza: approcci e pratiche in Italia e in Europa*, Roma, Isfol, 2012 (libri del Fondo Sociale Europeo)
- Jabes E., *Le Livre de l'hospitalité*, Paris, Gallimard, 1991
- Jaques E., *Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva*, Klein M., Keiman P., roger M., (a cura di), *Nuove vie della psicoanalisi*, Cap. 20, Milano, il Saggiatore, 1994, pp. 609-633 (collana il saggiatore economici)
- Jung C.G., *I problemi della psicoterapia moderna 1929*, "Opere Complete, Vol. XVI", Torino Boringhieri, 1981
- Kant *critica alla ragion pura* 1781
- Kennard D., *La formazione degli operatori nelle comunità terapeutiche*, "La comunità terapeutica", Milano, Raffaello Cortina, 1998
- Kohut H., *La Cura psicoanalitica*, Torino, Boringhieri, 1986
- Kohler W., *Gestalt Psychology*, 1929
- Korchin S.J., *Psicologia clinica moderna*, Vol. 2, Roma, Borla, 1976
- Laing, R.D., Phillipson, H., and Lee, A.R., *Interpersonal Perception: A Theory and Method of Research*, New York, Springer, 1966

- Laplanche J., Pontalis J., *Enciclopedia della psicoanalisi*, Bari, Laterza, 2008
- Lasègue Ch., *La folie à deux, ou la folie communiquée*, Falret J., 1877
- Le Boterf G., *Costruire le competenze individuali e collettive*, Napoli, Guida, 2008
- Le Boterf G., *De quel concept de compétences avons-nous besoin?*, "Soins Cadre" n. 41, 2002, pp. 20-22
- Le Boterf G., *L'ingénierie des compétences*, Paris, D'Organisation, 1998
- Le Boterf G., *Compétence et navigation professionnelle*, Paris, D'Organisation, 1997
- Le Boterf G., *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*, Paris, D'Organisation, 1990
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*
- Legge 13 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*
- Legge 4 agosto 1977, n. 517, *Norme sulla valutazione degli alunni e sull'abolizione degli esami di riparazione nonché altre norme di modifica dell'ordinamento scolastico*
- Legge n. 845/78, *Legge-Quadro in materia di formazione professionale*
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104, *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*
- Legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*
- Lewin K., *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino, 1972
- Lichtenberg J. D., *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Milano, Raffaello Cortina, 1995
- Liotti G., *La dimensione interpersonale della coscienza*, Roma, Carocci, 1998
- Lipman M., *Educare al pensiero*, Milano, Vita e pensiero, 2005
- Lorenz K., *L'altra faccia dello specchio 1973*, Milano, Adelphi, 1989
- Lowen A., *Bioenergetica*, Milano, Feltrinelli, 1983
- Lowen, A., *Espansione e integrazione del corpo in bioenergetica*, Roma, Astrolabio, 1979
- Lupoi S., *trattamento integrato della schizifrenia*, Roma, Franco Angeli, 2006
- Malaguti E., *Educarsi alla resilienza*, Trento, Erickson, 2007
- Marzi V., Serra P., *Percorsi di salute mentale e azienda sanitaria. Neoistituzionalizzazione e deistituzionalizzazione in psichiatria*, "Fogli di informazione" n. 192, Pistoia, Centro di documentazione, 2002
- Ministero della Salute, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici* Comitato nazionale di bioetica, Parere del 24/11/2000
- Ministero della Salute, *Linee di indirizzo nazionale per la Salute Mentale*, Roma Marzo 2008
- Mitchell S., *L'amore può durare?*, Milano, Raffaello Cortina, 2003
- Mitchell S., *Speranza e timore in psicoanalisi*, Torino, Boringhieri, 1995
- Morin E., *Il metodo. Ordine, disordine, organizzazione*, Milano, Feltrinelli, 1983
- Mosher L.R., Burti L., *Psichiatria territoriale*, Torino, Centro scientifico, 1994
- Mueller, G. and E. Plug, *Estimating the effect of personality on male and female earnings*, Industrial and Labor Relations Review 60 (1), October 2006
- Nabokov V., *Cose trasparenti*, Milano, Adelphi, 1995
- Narrative-Research-Project <http://scottishrecovery.net/Narrative-Research-Project/narrative-research-project.html>
- Nyhus, E. K. and E. Pons, *The effects of personality on earnings*, Journal of Economic Psychology n. 26, 2005
- Ogden T., *L'arte della psicoanalisi*, Milano, Raffaello Cortina, 2008
- OMS WHO, *Quality/Rights Tool Kit. Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*, 2012
- OMS, UNICEF, *Mental health young*, "rapporto" 2012
- OMS WHO, *Mental health Atlas*, 2011
- OMS, *3rd meeting of the mhGAP Forum. Summary Report of the Meeting*. Geneva, October 2011, pag.3
- OMS, *Gender disparities in mental health*, 2011
- OMS, WHO MIND Project, *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*, 2010
- OMS, WHO MIND Project, *Improving health systems and services for mental health*, 2009
- OMS, *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*, 2008
- OMS, WHO MIND Project/Nonca joint report, *Integrating mental health into primary care - a global perspective*, 2006
- OMS, WHO MIND Project, *Resource book on mental health, human rights and legislation*, 2005
- OMS, *Primary Health Care Training Kit*, 2005
- OMS e ILO, *Mental health and work: impact, issues, and good practices*, 2000
- Ospedale Villa S. Giuliana, *Prendersi cura della cura, curare narrando* Atti del seminario, Verona, ottobre 2010
- Pagano C., *Come funziona la memoria*, Bari, Laterza, 2003
- Pancheri L., Brugnoli, *L'effetto placebo e i fattori terapeutici comuni*, "Trattato di psichiatria", 2° Ed, vol.3 1999, pp. 3167-3200, 1999
- Pancheri L., Paparo F., *Empatia nel lavoro psicoterapeutico*, "Selfrivista", Vol 1, Anno 1", 2006

Parliament European and of the Council of 18 December 2006 on key competences for lifelong learning *Recommendation 2006/962/EC* [Official Journal L 394 of 30.12.2006]

Pavlov I.P., *Conditional Reflexes*, New York, Dover Publications, 1927

Ping Nie Pao, *Disturbi schizofrenici*, Milano, Raffaello Cortina, 1984

Pirella A., *Il problema psichiatrico*, Pistoia, Centro di documentazione, 1999

Piro S., Oddati A., *La riforma psichiatrica del 1978 e il meridione d'Italia*, Roma, Il Pensiero scientifico, 1983

Pitrelli N., *L'uomo che restituì la parola ai matti*, Milano, Editori Riuniti/L'Unità, 2008

Progetto Obiettivo Nazionale Salute mentale 1998/2000

Quaglino G.P., Cortese C., *Gioco di squadra*, Milano, Raffaello Cortina, 2003

Racamier P.C., *Lo Psicoanalista senza divano*, Milano, Raffaello Cortina, 1982

Razzini E., *La dimensione grupale nella comunità terapeutica*, "La comunità terapeutica", Milano, Raffaello Cortina, 1998

Remen R.N., *Kitchen Table Wisdom: Stories That Heal*, New York, Riverhead Books, 1996

Rheinberg F., *Psicologia della motivazione*, Bologna, Il Mulino, 1997

Ricoeur P., *Tempo e racconto*, Milano, Jaca Book, 1986

Rossi E., *Efficacia e utilizzazione dei Centri Diurni in psichiatria*, "La sfida della cronicità", Milano, Franco Angeli, 1988

Rossi, Monti M., *Forme del delirio e psicopatologia*, Milano, Raffaello Cortina, 2008

Sacchetti E. (a cura di), *Linee guida per il trattamento della schizofrenia*, Milano, Masson Italia, 1999

Saraceno B., *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione*, Milano, ETAS libri RCS, 1995

Saraceno B., *Alcune parole chiave in tema di riabilitazione*, "Argomenti di psichiatria", Roma, NIS, 1992

Scategni W., Cavallito S., *Mytes, Fairy tales, legenda, dreams...Bridges beyond the conflicts*, Milano, Franco angeli, 2010

Schacter D.L., and Tulving E., *Memory Systems*, A. Bradford Cambridge (Mass), 1994

Scotti F., *L'autoriflessione nei servizi di salute mentale*, "Psichiatria nella Comunità", Torino, Bollati Boringhieri, 1993

Searles Harold F., *Scritti sulla schizofrenia*, Torino, Bollati Boringhieri, 1974

Segal H., *Introduzione all'opera di Melanie Klein*, Firenze, Martinella, 1975

Sennett R., *L'uomo flessibile*, Milano, Feltrinelli, 1999

Sparti D., *Suoni inauditi*, Bologna, Il Mulino, 2005

Stern D., *Il momento presente*, Milano, Raffaello Cortina, 2005

Striano M., *La razionalità riflessiva nell'agire educativo*, Napoli, Liguori, 2001

Tagliagambe S. Malinconico A., *pauli e Jung, Uno confronto su materia e psiche*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2011

Taylor C., *Il disagio della modernità*, Bari, Economica Laterza, 1999

Vattimo G., Rovatti P.A., *Il pensiero debole*, Milano, Feltrinelli, 1983

Vigorelli M., *Il lavoro della cura nelle istituzioni*, Milano, Franco Angeli, 2005

Venturini E., *Abilitazione*, in Di Gilio G. (a cura di), *Vade retro del pregiudizio, piccolo dizionario di salute mentale*, Roma, Armando editore, 2005

Venturini E., *Abilitarsi piuttosto che riabilitare*, "Dialogo con la follia", Roma, Armando, 2003

Yrulnik B., *Les nourritures affectives*, Parigi, Poches Odile Jacob, 2000

Watzlawick P., Weakland J.H., (a cura di), *La Prospettiva relazionale*, Roma, Astrolabio, 1978

Watzlawick P., Helmick Beavin J., Don Jackson D., *Pragmatica della Comunicazione umana*, Roma, Astrolabio, 1971

Weich K.E., *Senso e significato nelle organizzazioni*, Milano, Raffaello Cortina, 1995

Winnicott D.W., *Sulla natura umana*, Milano, Raffaello Cortina, 1989

Winnicott D.W., *Gioco e realtà*, Roma, Armando, 1974

Winnicott D.W., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando, 1970

XIX World Congress on Safety and Health at Work - ILO Introductory Report: Global Trends and Challenges on Occupational Safety and Health, Introduction 1.2, 2011

Wittezaele J.J., *L'homme relationnel*, Parigi, Seuil, 2003

Weich K. E., *Senso e significatonelle organizzazioni*, Milano, raffaello Cortina, 1995

Wolff Steven B. (a cura di), *Emotional Competence Inventory (ECI. Technical Manual*, Hay Group, Mc Clelland Center for Research and Innovation, novembre 2005

Zambrano M., *Delirio e destino*, Milano, Raffaello Cortina, 2000

Zannini L., *Medical humanities e Medicina Narrativa, nuove prospettive nella formazione del professionisti della cura*, Milano, Raffaello Cortina, 2008

Zapparoli G.C., *Psicopatologia grave: una guida alla comprensione e al Trattamento*, Bergamo, Dialogos , 2008

Zapparoli G.C., *La follia e l'intermediario*, Bergamo, Dialogos, 2002

Zapparoli G. C. ed altri, *La psichiatria oggi*, Torino, Bollati Boringhieri, 1998

Zapparoli G.C., Torrigiani G. (a cura di), *La realtà psicotica*, Torino, Bollati Boringhieri, 1994

Zapparoli G.C., *Paranoia e tradimento*, Torino, Bollati Boringhieri, 1992

Zapparoli G.C., *La psicosi e il segreto*, Torino, Bollati Boringhieri, 1987



Collana editoriale I libri del Fondo sociale europeo

I file pdf dei volumi della collana sono disponibili nella sezione Europolavoro del sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (area "Prodotti editoriali", <http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/Europolavoro/SezioneEuropaLavoro/DGPOF/ProdottiEditoriali/CollaneEditoriali/LibriFSE/>)

1. I termini della formazione. Il controllo terminologico come strumento per la ricerca, 2002
2. Compendio normativo del FSE. Manuale 2000-2006, 1a edizione 2002, 2a edizione aggiornata 2003
3. Compendio normativo del FSE. Guida operativa, 1a edizione ed. 2002, 2a edizione aggiornata 2003
4. Il FSE nel web. Analisi della comunicazione attraverso Internet, 2002
5. Informazione e pubblicità del FSE: dall'analisi dei piani di comunicazione ad una proposta di indicatori per il monitoraggio e la valutazione, 2003
6. Politiche regionali per la formazione permanente. Primo rapporto nazionale, 2003
7. Sviluppo del territorio nella new e net economy, 2003
8. Le campagne di informazione pubblica: un'esperienza nazionale sulla formazione e le politiche attive del lavoro, 2003
9. L'attuazione dell'obbligo formativo. Terzo rapporto di monitoraggio, 2003
10. Manuale per il tutor dell'obbligo formativo. Manuale operativo e percorsi di formazione, 2003
11. Secondo rapporto sull'offerta di formazione professionale in Italia. Anno formativo 2000-2001, 2003
12. Fondo sociale europeo: strategie europee e mainstreaming per lo sviluppo dell'occupazione, 2003
13. Il Centro di Documentazione: gestione e diffusione dell'informazione, 2003
14. I contenuti per l'apprendistato, 2003
15. Formazione continua e politiche di sostegno per le micro-imprese, 2003
16. L'apprendimento organizzativo e la formazione continua on the job, 2003
17. L'offerta di formazione permanente in Italia. Primo rapporto nazionale, 2003
18. Formazione permanente: chi partecipa e chi ne è escluso. Primo rapporto nazionale sulla domanda, 2003
19. La qualità dell'e-learning nella formazione continua, 2003
20. Linee guida per la valutazione del software didattico nell'e-learning, 2003
21. Apprendimento in età adulta. Modelli e strumenti, 2004
22. Il monitoraggio e la valutazione dei Piani di comunicazione regionali: prima fase applicativa del modello di indicatori, 2004
23. La comunicazione nelle azioni di sistema e nel mainstreaming per la società dell'informazione: un modello di analisi e valutazione, 2004
24. La formazione continua nella contrattazione collettiva, 2004
25. Definizione di un modello di valutazione ex-ante della qualità degli interventi fad/elearning cofinanziati dal FSE (volume + cd rom), 2004
26. Appunti sull'impresa sociale, 2004
27. Adult education - Supply, demand and lifelong learning policies. Synthesis report, 2004
28. Formazione continua e grandi imprese (volume + cd rom), 2004
29. Guida al mentoring. Istruzioni per l'uso, 2004
30. Gli appalti pubblici di servizi e il FSE. Guida operativa, 2004
31. La filiera IFTS: tra sperimentazione e sistema. Terzo rapporto nazionale di monitoraggio e valutazione dei percorsi IFTS, 2004

32. Una lente sull'apprendistato: i protagonisti ed i processi della formazione, 2004
33. Tecnici al lavoro. Secondo rapporto nazionale sugli esiti formativi ed occupazionali dei corsi IFTS, 2004
34. Approcci gestionali e soluzioni organizzative nei servizi per l'impiego, 2004
35. Indagine campionaria sul funzionamento dei centri per l'impiego, 2004
36. Indirizzi operativi per l'attuazione delle linee guida V.I.S.P.O. Indicazioni per il Fondo sociale europeo, 2004
37. L'attuazione dell'obbligo formativo. Quarto rapporto di monitoraggio, 2004
38. Terzo rapporto sull'offerta di formazione professionale in Italia, 2004
39. Accreditamento delle sedi orientative (8 volumi in cofanetto), 2004
40. Trasferimento di buone pratiche: analisi dell'attuazione, 2004
41. Trasferimento di buone pratiche: schede di sintesi, 2004
42. Guida al mentoring in carcere, 2004
43. Applicazione del modello di valutazione della qualità dei sistemi. Prima sperimentazione nell'area Obiettivo 3, 2004
44. Certificazione delle competenze e life long learning. Scenari e cambiamenti in Italia ed in Europa, 2004
45. Fondo sociale europeo: politiche dell'occupazione, 2004
46. Le campagne di informazione e comunicazione della pubblica amministrazione, 2004
47. Le azioni di sistema nazionali: tra conoscenza, qualificazione e innovazione (volume + cd rom), 2005
48. L'analisi dei fabbisogni nella programmazione FSE 2000-2006: stato di attuazione al termine del primo triennio, 2005
49. I profili professionali nei servizi per l'impiego in Italia ed in Europa, 2005
50. Le strategie di sviluppo delle risorse umane del Centro-nord. Un'analisi dei bandi di gara ed avvisi pubblici in obiettivo 3 2000-2003, 2005
51. La rete, i confini, le prospettive. Rapporto apprendistato 2004, 2005
52. La spesa per la formazione professionale in Italia, 2005
53. La riprogrammazione del Fondo sociale europeo nel nuovo orizzonte comunitario (volume + cd rom), 2005
54. Informare per scegliere. Strumenti e documentazione a supporto dell'orientamento al lavoro e alle professioni, 2005
55. Conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare. Integrazione delle politiche a problemi di valutazione, 2005
56. Modelli e servizi per la qualificazione dei giovani. V rapporto di monitoraggio dell'obbligo formativo, 2005
57. La simulazione nella formazione a distanza: modelli di apprendimento nella Knowledge society (volume + cd rom), 2005
58. La domanda di lavoro qualificato. Le inserzioni a "modulo" nel 2003, 2005
59. La formazione continua nelle piccole e medie imprese del Veneto. Atteggiamenti, comportamenti, ruolo del territorio, 2005
60. La moltiplicazione del tutor. Fra funzione diffusa e nuovi ruoli professionali, 2005
61. Quarto rapporto sull'offerta di formazione professionale in Italia. Anno formativo 2002-2003, 2005
62. La Ricerca di lavoro. Patrimonio formativo, caratteristiche premianti, attitudini e propensioni dell'offerta di lavoro in Italia, 2005
63. I formatori della formazione professionale. Come (e perché) cambia una professione, 2005
64. I sistemi regionali di certificazione: monografie, 2005
65. Il Fondo Sociale Europeo nella programmazione 2000-2006: risultati e prospettive. Atti dell'Incontro Annuale QCS Ob3. Roma, 31 gennaio-1 febbraio 2005, 2005
66. Trasferimento di buone pratiche: case study. Terzo volume, 2005
67. Applicazione del modello di valutazione della qualità dei sistemi formativi in obiettivo 1. Seconda sperimentazione in ambito regionale, 2005
68. L'accompagnamento per contrastare la dispersione universitaria. Mentoring e tutoring a sostegno degli studenti, 2005
69. Analisi dei meccanismi di governance nell'ambito della programmazione regionale FSE 2000-2006, 2005
70. La valutazione degli interventi del Fondo sociale europeo 2000-2006 a sostegno dell'occupazione. Indagini placement Obiettivo 3, 2006
71. Aspettative e comportamenti di individui e aziende in tema di invecchiamento della popolazione e della forza lavoro. I risultati di due indagini, 2006
72. La domanda di lavoro qualificato: le inserzioni "a modulo" nel 2004, 2006
73. Insegnare agli adulti: una professione in formazione, 2006
74. Il governo locale dell'obbligo formativo. Indagine sulle attività svolte dalle Province per la costruzione del sistema di obbligo formativo, 2006
75. Dipendenze e Mentoring. Prevenzione del disagio giovanile e sostegno alla famiglia, 2006
76. Guida all'Autovalutazione per le strutture scolastiche e formative. Versione italiana della Guida preparata dal Technical Working Group on Quality con il supporto del Cedefop, 2006
77. Modelli e metodologie per la formazione continua nelle Azioni di Sistema. I progetti degli Avvisi 6 e 9 del 2001 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2006
78. Esiti dell'applicazione della politica delle pari opportunità e del mainstreaming di genere negli interventi di FSE. Le azioni rivolte alle persone e le azioni rivolte all'accompagnamento lette secondo il genere, 2006
79. La transizione dall'apprendistato agli apprendistati. Monitoraggio 2004-2005, 2006
80. Plus Participation Labour Unemployment Survey. Indagine campionaria nazionale sulle caratteristiche e le aspettative degli individui sul lavoro, 2006
81. Valutazione finale del Quadro comunitario di sostegno dell'Obiettivo 3 2000-2006. The 2000-2006 Objective 3 Community Support Framework Final Evaluation. Executive Summary, 2006
82. La comunicazione per l'Europa: politiche, prodotti e strumenti, 2006

83. Le Azioni Innovative del FSE in Italia 2000-2006. Sostegno alla diffusione e al trasferimento dell'innovazione. Complementarità tra il FSE e le Azioni Innovative (ex art. 6 FSE), 2006
84. Organizzazione Apprendimento Competenze. Indagine sulle competenze nelle imprese industriali e di servizi in Italia, 2006
85. L'offerta regionale di formazione permanente. Rilevazione delle attività cofinanziate dal Fondo Sociale Europeo, 2007
86. La valutazione di efficacia delle azioni di sistema nazionali: le ricadute sui sistemi regionali del Centro Nord Italia, 2007
87. Il Glossario e-learning per gli operatori del sistema formativo integrato. Uno strumento per l'apprendimento in rete, 2007
88. Verso il successo formativo. Sesto rapporto di monitoraggio dell'obbligo formativo, 2007
89. xformare.it Sistema Permanente di Formazione on line. Catalogo dei percorsi di formazione continua per gli operatori del Sistema Formativo Integrato. Verso un quadro europeo delle qualificazioni, 2007
90. Impiego delle risorse finanziarie in chiave di genere nelle politiche cofinanziate dal FSE. Le province di Genova, Modena e Siena, 2007
91. I Fondi strutturali nel web: metodi d'uso e valutazione, 2007
92. Esiste un differenziale retributivo di genere in Italia? Il lavoro femminile tra discriminazioni e diritto alla parità di trattamento, 2007
93. La riflessività nella formazione: pratiche e strumenti, 2007
94. La domanda di lavoro qualificato in Italia. Le inserzioni a modulo nel 2005, 2007
95. Gli organismi per le politiche di genere. Compiti, strumenti, risultati nella programmazione del FSE: una ricerca valutativa, 2007
96. L'apprendistato fra regolamentazioni regionali e discipline contrattuali. Monitoraggio sul 2005-06, 2007
97. La qualità nei servizi di orientamento e inserimento lavorativo nei Centri per l'Impiego: Linee guida e Carta dei Servizi, 2007
98. Analisi della progettazione integrata. Elementi della programmazione 2000/2006 e prospettive della nuova programmazione 2007/2013, 2007
99. L'Atlante dei Sistemi del lavoro: attori e territori a confronto. I risultati del SIST Il mercato del lavoro attraverso una lettura cartografica, 2007
100. Procedure per la gestione della qualità dei servizi di orientamento e inserimento lavorativo nei Centri per l'Impiego. Manuale operativo, 2007
101. I modelli di qualità nel sistema di formazione professionale italiano, 2007
102. Sviluppo, Lavoro e Formazione. L'integrazione delle politiche. Atti del Seminario "Sistemi produttivi locali e politiche della formazione e del lavoro", 2007
103. I volontari-mentori dei soggetti in esecuzione penale e le buone prassi nei partenariati locali, 2007
104. Guida ai gruppi di auto-aiuto per il sostegno dei soggetti tossicodipendenti e delle famiglie, 2007
105. Gli esiti occupazionali dell'alta formazione nel Mezzogiorno. Indagine placement sugli interventi cofinanziate dal FSE nell'ambito del PON Ricerca 2000-2006, 2007
106. La riflessività nella formazione: modelli e metodi, 2007
107. L'analisi dei fabbisogni nella programmazione FSE 2000-2006: esiti del secondo triennio, 2007
108. Rapporto annuale sui corsi IFTS. Esiti formativi ed occupazionali dei corsi programmati nell'annualità 2000-2001 e Monitoraggio dei corsi programmati nell'annualità 2002-2003, 2007
109. La formazione permanente nelle Regioni. Approfondimenti sull'offerta e la partecipazione, 2007
110. Le misure di inserimento al lavoro in Italia (1999-2005), 2008
111. Dieci anni di orientamenti europei per l'occupazione (1997-2007). Le politiche del lavoro in Italia nel quadro della Strategia europea per l'occupazione, 2008
112. Squilibri quantitativi, qualitativi e territoriali del mercato del lavoro giovanile. I risultati di una indagine conoscitiva, 2008
113. Verso la qualità dei servizi di orientamento e inserimento lavorativo nei centri per l'impiego. Risultati di una sperimentazione. Atti del Convegno, 2008
114. Il lavoro a termine dopo la Direttiva n. 1999/70/CE, 2008
115. Differenziali retributivi di genere e organizzazione del lavoro. Una indagine qualitativa, 2008
116. La formazione dei rappresentanti delle parti sociali per lo sviluppo della formazione continua, 2008
117. Fostering the participation in lifelong learning. Measures and actions in France, Germany, Sweden, United Kingdom. Final research report, (volume + cd rom), 2008
118. Sostenere la partecipazione all'apprendimento permanente. Misure e azioni in Francia, Germania, Svezia, Regno Unito - Vol. 1 Il Rapporto di ricerca, 2008
119. Sostenere la partecipazione all'apprendimento permanente. Misure e azioni in Francia, Germania, Regno Unito, Svezia - Vol. 2 Le specifiche misure, 2008
120. Partecipazione e dispersione. Settimo rapporto di monitoraggio dell'obbligo formativo, 2008
121. Strumenti e strategie di governance dei sistemi locali per il lavoro. Monitoraggio Spi 2000-2007. Volume I, 2008
122. Strumenti e strategie di attivazione nei sistemi locali per il lavoro. Monitoraggio Spi 2000-2007. Volume II, 2008
123. La domanda di istruzione e formazione degli allievi in diritto-dovere all'istruzione e formazione. I risultati dell'indagine ISFOL, 2008
124. La partecipazione degli adulti alla formazione permanente. Seconda Rilevazione Nazionale sulla Domanda, 2008
125. Il bene apprendere nei contesti e-learning, 2008
126. Il bisogno dell'altra barca. Percorsi di relazionalità formativa, 2008
127. I call center in Italia: forme di organizzazione e condizioni di lavoro, 2008

128. Contributi per l'analisi delle politiche pubbliche in materia di immigrazione, 2008
129. Quattordici voci per un glossario del welfare, 2008
130. Il capitale esperienza. Ricostruirlo, valorizzarlo. Piste di lavoro e indicazioni operative, 2008
131. Verso l'European Qualification Framework, 2008
132. Le competenze per la governance degli operatori del sistema integrato, 2008
133. Donne sull'orlo di una possibile ripresa. Valutazione e programmazione 2007-2013 come risorse per la crescita dell'occupazione femminile, 2009
134. Monitoraggio dei Servizi per l'impiego 2008, 2009
135. Le misure per il successo formativo. Ottavo rapporto di monitoraggio del diritto-dovere, 2009
136. La prima generazione dell'accreditamento: evoluzione del dispositivo normativo e nuova configurazione delle agenzie formative accreditate, 2009
137. Le pari opportunità e il mainstreaming di genere nelle "azioni rivolte alle strutture e ai sistemi" cofinanziate dal FSE, 2009
138. Apprendimenti e competenze strategiche nei percorsi formativi triennali: i risultati della valutazione, 2010
139. Il Nuovo Accreditamento per l'Obbligo di Istruzione/Diritto-Dovere Formativo. La sfida di una sperimentazione in corso, 2010
140. Rapporto orientamento 2009. L'offerta di orientamento in Italia, 2010
141. Apprendistato: un sistema plurale. X Rapporto di Monitoraggio, 2010
142. Rompere il cristallo. I risultati di un'indagine ISFOL sui differenziali retributivi di genere in Italia, 2010
143. Formazione e lavoro nel Mezzogiorno. La Valutazione degli esiti occupazionali degli interventi finalizzati all'occupabilità cofinanziati dal Fondo Sociale Europeo 2000-2006 nelle Regioni Obiettivo 1, 2010
144. Valutare la qualità dell'offerta formativa territoriale. Un quadro di riferimento, 2010
145. Perché non lavori? I risultati di una indagine Isfol sulla partecipazione femminile al mercato del lavoro, 2010
146. Le azioni sperimentali nei Centri per l'impiego. Verso una personalizzazione dei servizi, 2010
147. La ricerca dell'integrazione fra università e imprese. L'esperienza sperimentale dell'apprendistato alto, 2010
148. Occupazione e maternità: modelli territoriali e forme di compatibilità, 2011
149. Anticipazione dei fabbisogni professionali nel settore Turismo, 2011
150. Rapporto orientamento 2010. L'offerta e la domanda di orientamento in Italia, 2011
151. Lisbona 2000-2010. Rapporto di monitoraggio ISFOL sulla Strategia europea per l'occupazione, 2011
152. Il divario digitale nel mondo giovanile. il rapporto dei giovani italiani con le ICT, 2011
153. Istruzione, formazione e mercato del lavoro: i rendimenti del capitale umano in Italia, 2011
154. La terziarizzazione del sommerso. Dimensioni e caratteristiche del lavoro nero e irregolare nel settore dei servizi, 2011
155. Donne e professioni. Caratteristiche e prospettive della presenza delle donne negli ordini professionali, 2011
156. Valutazione delle misure per l'inserimento al lavoro: i tirocini formativi e di orientamento, 2011
157. La buona occupazione. I risultati delle indagini ISFOL sulla Qualità del lavoro in Italia, 2011
158. La flexicurity come nuovo modello di politica del lavoro, 2011
159. Le azioni locali a supporto del prolungamento della vita attiva, 2011
160. Paradigmi emergenti di apprendimento e costruzione della conoscenza, 2012
161. Qualità dell'offerta e-learning e valorizzazione delle competenze dei formatori, 2012
162. Dimensioni e caratteristiche del lavoro sommerso/irregolare in agricoltura, 2012
163. Validazione delle competenze da esperienza: approcci e pratiche in Italia e in Europa, 2012
164. Il fenomeno delle esternalizzazioni in Italia. Indagine sull'impatto dell'outsourcing sull'organizzazione aziendale, sulle relazioni industriali e sulle condizioni di tutela dei lavoratori, 2012
165. Strumenti per la formazione esperienziale dei manager, 2012
166. Etnie e Web. La rappresentazione delle popolazioni migranti e rom nella rete Internet, 2012
167. Indagine Plus. Il mondo del lavoro tra forma e sostanza. Terza annualità, 2012
168. Manuale di Peer Review per l'Istruzione e la Formazione Professionale iniziale, 2012
169. Lauree ambientali triennali: inserimento lavorativo e prosecuzione degli studi, 2012
170. Energie rinnovabili e efficienza energetica. Settori strategici per lo sviluppo sostenibile: implicazioni occupazionali e formative, 2012
171. Modelli di apprendistato in Europa: Francia, Germania, Paesi Bassi, Regno Unito, 2012
172. Modello teorico integrato di valutazione delle strutture scolastiche e formative, 2012
173. Attuazione primi risultati del programma di contrasto alla crisi occupazionale. Il triennio 2009-2011, 2012
174. Sviluppo locale: diffusione delle conoscenze e competenze nei sistemi produttivi e filiere territoriali, 2012
175. Rapporto nazionale di valutazione intermedia delle attività di informazione e pubblicità dei programmi operativi fse 2007-13, 2013
176. Lavoratori autonomi: identità e percorsi formativi, 2013
177. Impatto delle tematiche dello sviluppo sostenibile sui sistemi produttivi e professionali, 2013
178. Il tutor aziendale per l'apprendistato: Manuale per la formazione, 2013
179. Le competenze trasversali nelle équipes della salute mentale, 2013

Ediguida

Aprile 2013

La pubblicazione costituisce il risultato di un lavoro realizzato dall'Isfol con il coinvolgimento degli operatori dei Centri Diurni di Roma e del Lazio, e delle cooperative sociali integrate che operano all'interno di questi servizi, che in questi anni hanno contribuito significativamente alla sperimentazione di interventi innovativi per l'inclusione attiva delle persone con disturbo psichico.

Questo volume nasce come risposta alla domanda sulle competenze comuni che contraddistinguono il lavoro delle *équipe* degli operatori dei Centri, ed è frutto di riflessioni che scaturiscono da uno scenario europeo dove le competenze vengono esaminate nell'ambito di un processo molto più articolato di de-istituzionalizzazione e di organizzazione di nuove reti di servizi, e da un'esperienza, iniziata dall'Osservatorio sull'Inclusione Sociale alcuni anni prima con esperti di Hay Group in campi diversi da quello della salute mentale, relativa alle competenze di quegli operatori sociali che, in un rapporto di *mentoring* con la persona, si occupano di tossicodipendenti, di gruppi di auto-aiuto, di detenuti o di giovani drop out che si trovano al di fuori dai circuiti formativi e dai circuiti lavorativi.

Il **valore aggiunto** che la riflessione sulle competenze sociosanitarie trasversali permette di far emergere è la messa in atto di una metodologia di lavoro sviluppata in modo implicito dai team che operano nei Centri, qualsiasi sia la natura del loro lavoro e delle attività che svolgono.

Il *campo delle competenze sociosanitarie trasversali* presentato nel volume, costituisce una proposta teorico-metodologica originale, utilizzabile dalle *équipe* integrate degli operatori della salute mentale che intervengono nei percorsi d'inclusione attiva delle persone con disturbo psichico.