

DISAGIO PSICHICO, SERVIZI E COMUNITÀ
racconti e riflessioni da una ricerca empirica

RAPPORTO DI RICERCA

FONDAZIONE SAN SERVOLO I.R.S.E.S.C. ONLUS

Istituto per le Ricerche e gli Studi sull'Emarginazione Sociale e Culturale

Contributi di:

Carla Bertolo

Alessandra Carraro

Valentina Rettore

Giugno 2009

“DISAGIO PSICHICO, SERVIZI E COMUNITÀ”

Racconti e riflessioni da una ricerca empirica

Indice

Introduzione di Carla Bertolo <i>Trent'anni di 180. Istituzioni e pratiche quotidiane tra diritti e contesti per la salute mentale nel Veneto</i>	pag. 3
1. Alcune riflessioni a proposito della prospettiva della ricerca	pag. 4
2. Il contesto di sfondo	pag. 6
3. Le “macchie di leopardo” dei servizi per la salute mentale nel Veneto	pag. 9
4. Alcuni orientamenti per e dell’agire organizzativo nelle interviste con i direttori	pag. 13
5. Orientamenti che con-formano l’agire organizzativo dei servizi	pag. 18
6. Alcune considerazioni a proposito delle “macchie di leopardo”	pag. 20
Parte prima di Alessandra Carraro <i>Esperienze con il disagio psichico attraverso le organizzazioni per la salute mentale nel Veneto. Narrazioni e riflessioni da una ricerca etnografica</i>	pag. 23
1. La metodologia della ricerca	pag. 24
a. L’etnografia e alcuni riferimenti teorici	
b. Il campo della ricerca	
2. Le organizzazioni dei servizi per la salute mentale	pag. 36
a. Orizzonti di senso	
b. Parlando di risorse parliamo di lavoro, innovazione e ascolto	
3. Le attività di riabilitazione	pag. 55
a. Le attività riabilitative aperte: come nascono, come finiscono o come diventano stabili	
b. Dentro le attività aperte, tra pratiche e rappresentazioni	
4. Alcune riflessioni sulle attività di prevenzione	pag. 69
5. Due modi di “sentire” la salute mentale	pag. 73
Parte seconda di Valentina Rettore <i>Prendere parola e agire collettivamente. Spunti riflessivi, criticità e punti di forza sul campo della salute mentale nel Veneto</i>	pag. 75
1. Introduzione	pag. 76
2. Di cosa si occupano i soggetti attraverso le organizzazioni di cui sono parte	pag. 78
a. 3. Le Associazioni di Psichiatri	
b. 4. Le Associazioni Familiari	
c. 5. L’Associazione Utenti	
d. 6. Le Cooperativa	
3. Una via di incontro con la comunità: il lavoro	pag. 93
4. Il vicino di casa e il ‘villaggio’	pag. 101
5. La comunità guarda ai servizi	pag. 107
6. Il discorso sulla legge	pag. 112
7. Conclusioni. Alcune provocazioni ...	pag. 117
Conclusioni di Carla Bertolo	pag. 120
Riferimenti bibliografici	pag. 126
Appendice	pag. 131
a1. Narrazione utilizzata nel seminario <i>Esperienze nella riabilitazione</i>	
a2. Invito al seminario <i>Esperienze nella riabilitazione</i>	
b1. Invito al convegno <i>Disagio psichico, servizi e comunità</i>	

INTRODUZIONE

Trent'anni di 180 **Istituzioni e pratiche quotidiane tra diritti e contesti** **per la salute mentale nel Veneto**

di Carla Bertolo

1. ALCUNE RIFLESSIONI A PROPOSITO DELLA PROSPETTIVA DELLA RICERCA

La ricerca “*Disagio psichico, servizi e comunità*” nasce da un progetto messo a punto dal comitato scientifico della Fondazione San Servolo IRSESC ONLUS, che ce ne ha affidato la realizzazione.

Finalità della ricerca è stato l’osservare come il disagio psichico conforma, nella quotidianità dei percorsi di cura, le relazioni tra operatori, persone con disagio psichico, familiari e altri soggetti della società civile.

Molte sono le ricerche che vengono realizzate nel campo della salute mentale, tuttavia sono per lo più ricerche (intra)disciplinari (psichiatria e psicologia), che mettono in primo piano la ricostruzione di mappe epidemiologiche e la raccolta di dati di tipo quantitativo che riguardano prevalentemente aspetti di funzionamento e di fruizione dei servizi dedicati a questo ambito. Altre, alcune, ricerche si collocano nel campo delle discipline storico-filosofiche.

Poche sono invece le ricerche che si pongono in una prospettiva sociologica, e non ne abbiamo reperite che siano state realizzate nel Veneto (con focus sulle pratiche di cura nei servizi) negli ultimi dieci anni (periodo particolarmente significativo se consideriamo che il primo progetto obiettivo sulla salute mentale data del 1996 e che l’ultimo ospedale psichiatrico è stato chiuso di fatto qualche anno dopo, nel ‘98). Questo stato dell’arte ha rafforzato il nostro interesse per questo campo della ricerca; un interesse già profondo, per via della natura di questo tema che ci offre la possibilità di un’osservazione privilegiata dello spazio e dei significati sociali assegnati alle pratiche per la salute e al loro divenire, in tempi di rinegoziazione di risorse e di priorità, di ridefinizione delle culture del welfare e dei diritti di cittadinanza, di processi accelerati di razionalizzazione e di aziendalizzazione anche nelle organizzazioni dei servizi sanitari e sociali pubblici.

Come in tutte le discipline, anche per la sociologia esiste una pluralità di approcci metodologici e di tecniche di ricerca, e come per tutte le discipline la scelta di un approccio o di un altro è conseguente al punto di osservazione che il ricercatore sceglie di privilegiare per conoscere, indagare, riflettere su un dato fenomeno. La responsabilità della scelta è del gruppo di ricerca che considera quell’approccio metodologico come il più appropriato per fare emergere quella ricchezza di conoscenze e riflessioni (nell’inevitabile parzialità che fa parte dello stare in processi in mutamento) che possono generare nuovo senso a partire dal lavoro di ricerca medesimo, tanto per lo studioso quanto per coloro che vi partecipano: il committente, le istituzioni e l’insieme di attori che offrono la loro partecipata quotidianità quale spazio di osservazione e di riflessione.

Il focus di ricerca che noi abbiamo privilegiato è quello delle esperienze nella riabilitazione (soggetti, attività, spazi e tempi dedicati). Questa, è infatti riconosciuta, pressoché da tutti coloro che lavorano nel campo della salute mentale, come l’orizzonte di senso della cura per il suo essere percorso e processo di restituzione di cittadinanza sociale, possibilità concreta di attivare opportunità ed offrire sostegni per sostanziare la ricomposizione identitaria della persona che soffre di disagio psichico, e per il riconoscimento del suo essere soggetto portatore:

- di diritti soggettivi e universali,
e dunque

- di una diversità (che si presuppone di conseguenza debba essere) socialmente riconosciuta e accolta.

L'osservazione, di tipo etnografico, si è svolta a partire dalle dinamiche relazionali nelle pratiche quotidiane, nella prospettiva epistemologica per la quale è la realtà concreta dei rapporti umani di cooperazione, di collaborazione e di conflitto a fondare l'universo sociale (e simbolico) delle imprese e delle istituzioni¹.

Gli intrecci tra dinamiche relazionali e pratiche quotidiane possono essere molteplici e dare, dunque, vita a trame diverse. Essi possono configurare situazioni e attività che danno forma a scenari talvolta apparentemente simili o rappresentati con 'lievi' sfumature di differenziazione nel "discorso pubblico" sulle medesime pratiche ma, nelle realtà dei vissuti e delle esperienze, molto diversificati tra loro quanto a capacità generativa (che ha a che fare con gli esiti possibili/desiderati, con le strategie adottate e sperimentate, con le relazioni tra soggetti e ruoli, con la rappresentazione di sé (operatore, paziente, familiare...) e di sé in relazione a *alter*...

Rilevare e rileggere tali intrecci consente di ri-conoscere gli universi di significati in campo e rendere esplicite le cornici di senso che permeano i contesti organizzativi nei quali si situa il "lavoro di cura", lavoro nel quale sono quotidianamente impegnati operatori dei servizi e del privato-sociale, utenti-pazienti e altri soggetti direttamente coinvolti (familiari, volontari).

Situazioni, momenti di vissuti ad elevata densità per la loro potenzialità di essere sensori interessanti per rilevare -nei servizi che per missione e mandato istituzionale si occupano della salute mentale e della cura-riabilitazione di persone con disagio psichico- le valenze assegnate dai diversi attori alle azioni, alle relazioni, ai contesti; alle modalità, agli artefatti, alle tecnologie e alle risorse strumentali e scientifiche; a luoghi, spazi e tempi impegnati e dedicati.

Abbiamo dunque osservato alcune esperienze che i servizi per la salute mentale nel Veneto hanno attivato o sostenuto con la finalità (più o meno esplicitata) di creare spazi di comunicazione tra l'utente psichiatrico, il Servizio e la comunità territoriale, al fine di cogliere come le modalità con le quali le persone entrano in relazione partecipano a configurare specifici contesti di cura e sociali.

In che modo, nel "bilanciamento" tra dimensione clinica e dimensione sociale, i vari soggetti coinvolti (operatori, utenti, familiari, volontari e altri soggetti della vita quotidiana) tramite le interazioni e le dinamiche comunicative danno vita a percorsi individuali e collettivi che influiscono sulla definizione della situazione, sulla sua rappresentazione, sulla qualità delle relazioni e sulle prospettive di esito della cura.

¹ Su questa prospettiva, punto di riferimento importante rimangono a mio parere le riflessioni di Michel Crozier. In particolare si veda Crozier M., Friedberg E., 1978, *Attore sociale e il sistema*, Etas Libri, Milano; Crozier M., 1969, *Il fenomeno burocratico*, Etas Libri, Milano.

2. IL CONTESTO DI SFONDO

I servizi per la salute mentale, come sostengono gli intervistati per questa ricerca e così come delineato nella normativa regionale del Veneto, si danno come orientati:

- alla centralità del paziente in quanto individuo-persona titolare di diritti;
- alla territorialità del processo di cura in un continuum che va dalla presa in carico alla riabilitazione.

Si tratta di una visione che assegna ai soggetti coinvolti il ruolo di attori di un processo il cui esito dovrà essere la riabilitazione, intesa nel senso di ricostruzione delle “migliori” condizioni individuali e sociali che siano di supporto ad una vita quotidiana il più possibile soddisfacente, così come reso esplicito nelle interviste.

E' un paradigma che, come bene sanno i lettori, prende corpo in Italia alla fine degli anni '60², e che pone all'attenzione della sfera pubblica il tema della malattia mentale e delle istituzioni psichiatriche che se ne occupano. Il passaggio culturale sta nel transitare da uno status di negazione di diritti ai portatori di disagio psichico, che sostanzia e legittima le pratiche istituzionali del tempo, ad un approccio alla salute mentale che dà vita a nuove pratiche nella cornice di quella che è denominata psichiatria di comunità.

Questa, ancora oggi, è il riferimento per una concezione della cura basata sulla visione sociale dell'esito del suo operare. Esito auspicato del cambiamento era la “liberazione” della malattia mentale da una responsabilità delegata *a* e relegata *nella* istituzione manicomiale, con l'istituire (de-istituzionalizzando) un sistema per la salute e di salute mentale anche, ma non solo, per il tramite dell'attivazione di mutate relazioni in nuovi spazi e contesti di cura. Non solo, poiché il cambiamento nelle pratiche desiderato era visto come risultante del cambiamento di significato del problema stesso, tramite l'emersione e la crescita di nuove premesse e nuove significazioni della malattia e del suo stare nel sociale.

Per questo mandato, e in ragione dell'oggetto e del compito assegnatole (che include dunque il superamento della separazione tra malattia e società), la psichiatria ha avuto un innegabile ruolo nella costruzione di modelli democratici e partecipati di welfare. Infatti, la *relazione tra contestualizzazione della salute mentale e rappresentazione della cittadinanza* elaborata dal punto di vista delle neo-istituzioni psichiatriche e delle pratiche lavorative generate al loro interno, è particolarmente importante poiché, per il tramite dei significati assegnati alla de-istituzionalizzazione, essa ha contribuito a delineare nuovi orizzonti per le pratiche della salute in generale.

Questione di non poco conto alla quale oggi, a nostro avviso, è opportuno fare maggiormente riferimento considerata l'attualità del dibattito per la riforma di questo campo della salute, e considerato che, a parere di chi scrive, le scelte che verranno operate saranno, ancora una volta, anticipatrici della regolazione del rapporto tra i servizi dedicati alla salute-benessere e la conferma o ridefinizione dei diritti per gli utenti-cittadini.

² E' la c.d. stagione dei nuovi movimenti, che scompaginano la scena politica, sociale e culturale alla fine degli anni '60 e negli anni '70, con le lotte per una società antiautoritaria, per l'uguaglianza delle opportunità e delle protezioni sociali, per il riconoscimento delle differenze come valore sociale...

Questa premessa ci è utile per incorniciare la scelta di riflettere sulle dinamiche organizzative e comunicative nei processi di neo-istituzionalizzazione (sanciti con la legge n. 180 del 1978 e contemplati nella più ampia riforma del sistema sociosanitario, legge n. 833 dello stesso anno) che stanno all'incrocio fra mutamenti nella società e percorsi-processi organizzativi nelle istituzioni per la salute mentale, tra ambivalenze nel mandato sociale e differenti "culture" psichiatriche e organizzative, fra crisi dei legami sociali e della solidarietà ed indebolimento o crisi delle istituzioni sociali³.

Dalle leggi citate hanno preso forma nuove strutture, regole, dispositivi. L'ispirazione organizzativa si è sempre più orientata sulla via della "aziendalizzazione", ai principi di razionalità gestionale che, come noto, trovano come scrive Lavinia Bifulco nella "*trasposizione del modello di mercato [...] la strada maestra per conseguire un rinnovamento radicale*"⁴. In risposta alla domanda sociale di orientamento ai risultati si impone il paradigma del *New Public Management* (NPM) e ci si dimentica che anche la "razionalità" ha più facce⁵, e che la direzione sostanziale che si vuole mantenere, perseguire nella costruzione di servizi per la salute è espressione di scelte che hanno un enorme valore nella vita dei cittadini.

Nei servizi riformati si fa spazio la burocrazia professionale⁶ che ne caratterizza trasversalmente le organizzazioni e genera strutturalmente nuove rigidità, confini, auto-referenzialità... Questo processo percorre anche i servizi per la salute mentale, dove ritroviamo anche la necessità di politiche di consolidamento del ceto professionale, di legittimazione nelle strutture di potere (decisionale e gestionale) all'interno dell'organizzazione sanitaria. Si disegnano percorsi di carriera e di gerarchie, si lavora per l'elaborazione di un corpo dottrinale, metodologico e teorico che rafforzi la disciplina in quanto scienza medica... Istituzionalizzazione indispensabile per contrattare o rafforzare il "potere" necessario alla realizzazione del mandato sociale e disciplinare, per dare forza contrattuale e legittimare la

³ Dall'emanazione della legge 180/78 passano ben 16 anni prima che lo Stato definisca le strutture da attivare per la salute mentale e innescare così il processo di riorganizzazione più uniforme sul territorio nazionale (è del 1994 il primo progetto obiettivo per la salute mentale a livello nazionale). Ne passano quasi 20 perché un decreto ministeriale (c.d. decreto Bindi del 1998) sancisca la chiusura definitiva di tutti gli ospedali psichiatrici (esclusi quelli giudiziari). Ne sono passati 30 di anni prima che nel Veneto (peraltro regione alla quale si può riconoscere un buon livello di servizi per la salute mentale sia per quanto riguarda l'articolazione delle strutture che la professionalità e cultura della cura diffuse nei servizi) si sia organizzata la "Prima conferenza regionale sulla salute mentale" (Verona novembre 2008).

⁴ Bifulco L., 2008, *Gabbie di vetro*, Bruno Mondadori, Milano, p. 5.

⁵ Max Weber ha indicato nel processo di razionalizzazione la possibilità che si dissolvano orientamenti di valore e fonti di senso dell'agire (in *Economia e società*, Edizioni Lavoro, Milano, 1961). Come scrive Lavinia Bifulco "*nel momento in cui la società [...] cede al predominio della razionalità formale, la razionalizzazione tende a rovesciarsi nel suo doppio, approdando all'irrazionalità.[...] quella forma di irrazionalità che subentra quando ciò che è un mezzo si trasforma in un fine, ciò che è il frutto del comportamento umano si tramuta in ciò che lo condiziona e determina*" (Bifulco L., 2008, op. cit., pp.29-30).

⁶ Su questo tema si veda Franca Olivetti Manoukian. L'autrice definisce le nuove forme della burocrazia centrate sulle appartenenze professionali come "*burocrazia o sistema delle professioni che offre identificazioni, modelli operativi, validazione nella comunità di riferimento ma che poco condividono con gli altri attori ...*", Seminario di Dottorato, Padova, 19 giugno 2008.

negoziato di spazi (qualitativi e quantitativi) e di risorse (umane, finanziarie, tecnologie e luoghi...) necessari alle nuove pratiche di cura di cittadini con disagio psichico; e tuttavia processo non indolore e non privo del rischio di produrre nuove gabbie anche se di vetro⁷.

La rifondazione degli spazi per la cura dunque non sempre e non automaticamente va nella direzione dell'innovazione. In molti casi si realizzano obiettivi e standard di modernizzazione di apparati che perdono di vista il loro orizzonte di senso sociale e tendono a solidificare nuove forme di burocrazia decapitante⁸, invece che farsi organizzazioni *capaci* di innovare, di essere "istituzioni intelligenti". Termini "fondativi" quali razionalità e razionalizzazione della gestione, obiettivi quali efficienza ed efficacia, produttività e valutazione possono essere diversamente interpretati nel conformare il funzionamento organizzativo. E allora non dovremmo mai dimenticare di osservare come tali interpretazioni influiscono sulle culture organizzative, istituendo pratiche che dovrebbero porre al centro della missione aziendale la salute, il cittadino-utente, la risposta ai bisogni, i processi di inclusione, la centralità del territorio e della comunità. Come si incrociano nei servizi reali, cioè quei servizi che i cittadini hanno a loro disposizione nel loro ambiente di vita, gli "imperativi" aziendali di razionalità gestionale, efficienza ed efficacia con concetti/obiettivi -altrettanto presenti nel discorso pubblico e nella produzione normativa- quali integrazione socio-sanitaria, salute e qualità della vita, interazioni significative e generative tra reti e contesti, attenzione alle persone e ai loro bisogni che cambiano con l'evolversi della società e dell'economia?⁹

Interrogare le ambiguità, le contraddizioni e le innovazioni delle esperienze, attraverso le narrazioni dei protagonisti dei servizi, è una via, oltre che per riconoscere e riflettere su quali e come oggi siano diffuse le pratiche di cura per la salute mentale nel Veneto, anche per comprendere gli *orizzonti di senso* che le diversità presenti nei e tra i servizi, tanto sul fronte interno quanto su quello esterno, lasciano trasparire.

Come interrogare le esperienze? Come portare oggi un contributo ponendosi al di fuori delle differenti posizioni (disciplinari, ideologiche ...) che rischiano di risultare, nel dibattito pubblico, quali espressioni di parzialità e di differenze interne a un settore specialistico della medicina? Come non confinare le contraddizioni e le innovazioni a tema di mera competenza e per esperti e per quella parte di popolazione direttamente coinvolta dalla sofferenza psichica?

Anche se ascoltando i protagonisti della cura si ha l'impressione che tutto sia già detto o scritto, compito di una ricerca è quello di stimolare nuove riflessioni.

⁷ Riprendo questa felice definizione da Bifulco, 2008, op. cit., p. 109 e segg.

⁸ Naturalmente qui non è in questione la necessità del modernizzare o della sensatezza di introdurre criteri di programmazione, gestione e valutazione nelle organizzazioni pubbliche, che rendano conto in maniera trasparente e verificabile delle scelte organizzative e della spesa (ancorché non bastano a impedire la permanenza di zone di opacità sui processi decisionali e sulle influenze degli attori che partecipano effettivamente alla loro determinazione). Si tratta solo di rilevare gli effetti perversi che l'applicazione formale di modelli di gestione può produrre se non continuamente rapportati e verificati alle missioni istituzionali e agli obiettivi di cittadinanza che sono il mandato costituente l'istituzione pubblica stessa.

⁹ Cfr. Brunod M, Olivetti Manoukian F, 1998, *Costruire servizi in psichiatria*, FrancoAngeli, Milano.

Abbiamo cercato le chiavi di lettura nell'osservazione delle pratiche, nelle interviste con alcuni protagonisti dei servizi e dei contesti più ampi che interagiscono con il disagio psichico e con la ri-costruzione della salute mentale. Le pratiche, ci ricorda Gherardi, edificano spazi inattesi o unici, aprono a inediti o inesplorati significati, generano nuove regole e rigenerano il senso stesso dell'istituzione¹⁰. E' nelle pratiche che possiamo riconoscere ciò che è codificato nell'ideologia di una organizzazione, nel suo sistema di valori e di volontà. Ed è sempre nelle pratiche che abbiamo trovato diversità di significati assegnati al fare e allo stare in situazione.

I linguaggi delle e nelle pratiche sono dunque una via di accesso ai significati istituzionali assegnati alla malattia e alla salute. *Malato, paziente, persona con disagio, utente... cura, terapia, relazione, riabilitazione, recovery, integrazione, inclusione...* sono espressioni delle culture che nutrono la specificità delle pratiche fin dentro alla medesima istituzione. Esse conferiscono senso a quanto si presenta all'osservazione, sono rivelatrici degli esiti immaginabili e quindi perseguibili nell'ibridazione singolare che nell'attività situata accade tra il saper fare, cioè il mestiere, e il saper essere, ovvero la relazione.

Dentro le pratiche lavorative l'accento si sposta dalla persona "che fa" "al fare" medesimo e "al come si fa" (attori e azione si definiscono reciprocamente); esse sono il risultato integrato di connessioni in azione che avrà degli effetti sostanziali in quanto a processi di inclusione e di cittadinanza.

Per questi motivi le pratiche rappresentano il luogo possibile dell'osservazione e dell'esplorazione dei significati assegnati e operativizzati nella quotidianità dei progetti di cura. Osservare e soffermarsi su contenuti e dinamiche delle relazioni tra i soggetti che prendono parte e sono parte di tali progetti, sui meccanismi e le modalità con le quali le scelte e le decisioni vengono prese, come si definisce "cosa e come" sia importante e/o preferibile privilegiare via via..., ci consente di esplorare la costruzione quotidiana dei significati ponendoci oltre alle interpretazioni e rappresentazioni diffuse con le prese di posizioni e le contrapposizioni culturali, professionali, organizzative.

3. LE "MACCHIE DI LEOPARDO" DEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE NEL VENETO

Come suggerisce il concetto di salute delineato dall'OMS, gli obiettivi da perseguire nel campo della salute mentale di prevenzione, di cura e di riabilitazione prefigurano un percorso circolare. Si tratta di un percorso che innanzitutto si colloca nel *sociale* (prevenzione), prevede poi dispositivi e supporti per l'azione

¹⁰ Sul tema delle organizzazioni e delle pratiche lavorative vedi in particolare Attila Bruni e Silvia Gherardi, 2007, *Studiare le pratiche lavorative*, il Mulino, Bologna. Vedi anche Lavina Bifulco, 2008, *Gabbie di vetro*, Bruno Mondadori, Milano; Marco Brunod e Franca Olivetti Manoukian, 1998, *Costruire servizi in psichiatria*, Franco Angeli, Milano; Franca Olivetti Manoukian, 1998, *Produrre servizi*, il Mulino, Bologna; Cesare Kaneklin e Franca Olivetti Manoukian, 1990, *Conoscere l'organizzazione*, NIS, Roma; Franca Olivetti Manoukian, 1988, *Stato dei servizi*, il Mulino, Bologna.

clinico/sanitaria nel conclamarsi della malattia/disagio, per ritornare alla dimensione *sociale* che si caratterizza sia come orizzonte della cura sia come contesto di risorse e di relazioni che ampliano e completano quelle già istituzionalmente dedicate.

In questa circolarità prende significato il “progetto di cura”, che prevede interventi terapeutici ma non è identificabile con il progetto terapeutico. Progetto che, sulla base della lettura della situazione che si accoglie in questo lavoro, può essere visto come *percorso* se ci si colloca nella linearità sequenziale di fasi considerate gerarchicamente (dal principio terapeutico-clinico a, via via, inserimento nelle tappe a crescente valenza sociale), oppure può essere *processo* se esprime un orientamento disciplinare e una concezione della cura che si collocano nell’intreccio e nella complessità del disagio, interagendo con e integrando tutte le dimensioni in campo e i soggetti che le rappresentano-incorporano. Più che l’aspetto della malattia da curare -e che talvolta predetermina la ricerca delle soluzioni per il reinserimento nel sociale- è, nella prospettiva processuale, la storia del paziente e il ripristino della possibilità di “fiducia” e di “consapevolezza” (per-in sé e degli altri nei suoi confronti) che accompagnano e ispirano i diversi momenti e movimenti del progetto che è innanzitutto di restituzione di soggettività.

Questi principi sono stati fatti propri dalla Regione del Veneto¹¹, che ancora recentemente ha ribadito come la cornice teorico-metodologica cui riferirsi sia quella della psichiatria di comunità, ricordando che non c’è salute senza salute mentale. Il modello operativo di riferimento è quello di un’organizzazione dipartimentale articolata in una rete integrata di servizi, con il compito di promuovere la salute mentale e la cura di ogni forma di malattia mentale, privilegiando la prevenzione e la cura personalizzata e operando altresì primariamente sul territorio.

All’interno di questa cornice istituzionale sono maturate, nella nostra regione, le pratiche e i loro saperi che delineano un panorama variegato di attività e di percorsi che alcuni, tra i direttori di dipartimenti per la salute mentale e i responsabili di servizi intervistati, definiscono *a macchia di leopardo*.

Questa espressione viene utilizzata per rappresentare come la dotazione di servizi e la definizione dei percorsi attivati per perseguire la salute mentale nel territorio non sia univoca; nei fatti istituzionali coesistono una variabilità di risorse, di metodiche di lavoro e di stili di pensiero (tanto organizzativi che di culture psichiatriche come di culture politico-amministrative locali).

Variegati, e anche per alcuni versi confliggenti, gli elementi che, a mio parere, influiscono su questo panorama diversificato: dalle differenti culture professionali dei responsabili dei servizi, alle caratteristiche di inclusione o di esclusione proprie di uno specifico contesto ambientale; dalla visione politica e amministrativa degli obiettivi “reali” di salute da perseguire, alle metodiche che qualificano l’agire istituzionale specifico; dalla definizione delle metodiche della cura, al ruolo/posizione riservati al paziente.

Comprendere come questi elementi si intrecciano, a quali rappresentazioni danno vita e, più o meno consapevolmente, influenzano le scelte e le prefigurazioni, richiede di entrare nell’orizzonte di senso delle specifiche situazioni. Esplorazione

¹¹ Confermando l’orientamento assunto con il Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale 1996/98; vedesi anche la DGR n. 1616/2008, Autorizzazione all’Esercizio/Accreditamento - Liste di Verifiche - Unità di offerta per la salute mentale.

tanto più interessante in una fase carica da un lato di “voci” che sollecitano le istituzioni socio-sanitarie ad offrire nuova attenzione al tema della salute mentale¹² dato il diversificarsi e l’ampliarsi dei “disagi psichici”; e che dall’altro vede all’opera un ripensamento dei dispositivi di welfare¹³.

L’interpretazione organizzativa dei servizi per la salute mentale operata negli specifici, locali contesti politico-amministrativi, con la definizione di modelli di istituzione curante, anche nel Veneto disegna una mappa in cui sono compresenti differenti culture psichiatriche con la prevalenza di una cultura di mezzo tra i fautori di una *psichiatria neo-istituzionale*¹⁴ e quanti sostengono l’importanza che la psichiatria mantenga un forte carattere *anti-istituzionale* per servizi che siano collocati e adattabili alla danza delle relazioni e alla singolarità delle soggettività¹⁵

Tale “via di mezzo” si delinea -almeno come orizzonte di riferimento- come una sorta di *geo-psichiatria*. Ricorro a questa definizione¹⁶ per esprimere la natura data dall’intricarsi imprescindibile del lavoro della psichiatria *interna* (l’ospedale, la clinica) e della psichiatria *esterna* (fuori dall’ospedale, il territorio). Si tratta nelle pratiche di una psichiatria che esiste in funzione del suo stare nella “geografia umana”, contribuendo a definire quella “medicina sociale” che delimita il campo concreto della salute “pubblica” in termini di diritti di cittadinanza. Essa ha perseguito la convivenza tra “follia” e “normalità” tramite la diversificazione dei luoghi di cura, pensando le istituzioni non in una logica assistenziale, ma come spazi intermedi per processi di contaminazione, ovvero di possibilità di scambio e di cambiamento per l’attivazione di legami di inclusione solidale.

La geo-psichiatria opera affinché le istituzioni divengano *spazi vitali* per il “soggetto” portatore di un disagio, garantendo cittadinanza al suo diritto ad una quotidianità soddisfacente nella comunità di appartenenza. Spazi vitali che consentono pensiero e azione per generare, inventare, mettere a disposizione supporti istituzionali e collettivi che possono dare concretezza al diritto, che è di ogni cittadino, a desiderare e provare a realizzare il proprio progetto di vita. Istituzione,

¹² Si veda per esempio la recente dichiarazione programmatica sulla salute mentale della Commissione Europea, 2008.

¹³ Cambiamenti che pongono nuovi problemi sui fronti delle fragilità e delle esclusioni sociali, considerando che si è passati, come scrive, tra altri, Robert Castel, da una cultura della protezione ad una cultura che assegna all’individuo il compito del proprio destino di azione e di inclusione (l’auto-realizzazione) ma che allo stesso tempo riduce i supporti sociali all’individualità, cioè i diritti, le risorse, le regolazioni collettive. Castel R., Haroche C., 2001, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretien sur la construction de l’individu moderne*, Fayard, Paris.

¹⁴ Questa impostazione rischia di essere caratterizzata da strutture pensate in funzione della legittimazione della psichiatria all’interno delle stratificazione del campo medico-istituzionale, del “peso” relativo nella distribuzione di potere aziendale e/o accademico, piuttosto che della centralità del soggetto e della dimensione sociale della cura.

¹⁵ Cfr. Manghi S., 2005, *Psicosi, famiglia, istituzioni. La riflessione di Gregory Bateson sullo schizofrenico John Preeval*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», n. 3, 2005, pp. 129-156.

¹⁶ Per l’accezione con cui utilizzo l’espressione geo-psichiatria, cfr. Fourquet F., Murard L., 1976, *Généalogie des équipements de normalisation. Les équipements sanitaires*, CERFI, Paris; Chauvenet A., Orlic F., 1988, *Les professionnels de la santé publique producteurs des normes et de droits*, Centre d’Etudes des Mouvements Sociaux, CNRS/EHESS, Paris. Mi si consenta di utilizzare questa espressione che potrebbe essere di qualche utilità per superare la dicotomia tra neo-istituzionalisti e anti-istituzionalisti, facendo parte di coloro che pensano che le istituzioni sono un bene in sé, ma la bontà o meno del loro funzionamento dipende da quello che gli uomini e le donne ne fanno.

dunque, come luogo aperto, in una circolarità che si operativizza nello strumento dell'equipe e del gruppo di lavoro, nella continuità della cura, nell'unicità della presa in carico, nella partecipazione e cooperazione della pluralità di soggetti, nei supporti per il bilanciamento e l'integrazione delle specificità dei bisogni tra cura e relazionalità quotidiane (affetti, interessi, lavoro...). Un lavoro di mediazione sociale che connette alleanze (fra saperi, attori, risorse...), che attiva reticoli, pratiche molecolari che stanno nel territorio, affinché possano generare nuovi significati condivisi.

Si tratta, lo ricordiamo, di un orientamento condiviso a livello di tendenza prospettica, in qualche modo presente nelle enunciazioni ufficiali; di una direzione verso cui si sta andando più che di una realtà istituzionale e culturale omogenea o quanto meno diffusamente sintonica con tale orizzonte di senso. Un orientamento che deve fare, sta facendo i conti oltre che con le culture disciplinari e professionali anche, e non secondariamente, con le culture organizzative che conformano e condizionano le scelte strutturali nei Dipartimenti.

La psichiatria neo-istituzionale, nella dimensione di nuovo potere nel sistema degli apparati, non nega gli aspetti sociali, relazionali ma li lascia nella periferia, in un territorio che spesso è altrove e non dentro al processo di cura. E' la perifericità della riabilitazione che talvolta abbiamo incontrato nei servizi psichiatrici veneti.

In questa visione del Servizio domina la razionalità procedurale per la quale tutti gli atti della cura devono essere in qualche modo misurabili, benché sia noto che si tratti di una misurabilità difficile, per esiti che sono individualmente valutabili nella soggettività dei percorsi, delle capacità e dei contesti affettivi e sociali.

L'altro versante della neo-istituzionalizzazione sta nella continua evoluzione e ri-generazione di pratiche che, per l'oggetto stesso della psichiatria, non possono che essere fondate sulla relazione, produttrici di progetti di cura individualizzati e orientati alla generazione delle condizioni soggettive e ambientali che possono realizzare il terreno della esigibilità dei diritti che sta all'origine del riconoscimento di cittadinanza e di inclusione dei "folli". Una "natura" istituzionale con qualità di flessibilità, autonomia, ascolto, apprendimento nel fare, che ci ricorda l'istituzione "intelligente" delineata da Crozier¹⁷.

Il mescolamento tra un'ottica (l'istituzione razionale-formale-strumentale) e l'altra (l'istituzione co-costruttrice di cittadinanza) dà origine a diverse "qualità" e tipologie di servizi. In alcune organizzazioni sanitarie locali prevarrà l'orientamento "clinico" (ispirato e debitore a un'idea di scienza di tipo positivista, con regole di distribuzione del potere, organizzazione delle gerarchie, con regole di efficienza e di efficacia legate a criteri/parametri quantificabili, standardizzabili, a pratiche riproducibili...); in altre sembra essere perlomeno anche presente, e talvolta predominante, un orientamento "sociale-comunitario" ispirato a un'etica della cura che pone il soggetto e i propri diritti di cittadinanza al centro del sistema di cura e di valutazione.

¹⁷ Vedi Michel Crozier, 1998, *La crisi dell'intelligenza*, Edizioni Lavoro, Milano.

Sono dunque riconoscibili nel panorama attuale, nel Veneto, due polarizzazioni interne al funzionamento organizzativo (e nella realtà con n gradazioni di compresenza):

- 1) quella tecnico-scientifico-burocratico, dove predomina il riferimento alle leggi scientifiche, alla classificazione, alle procedure e ai protocolli riproducibili, alla misurabilità degli esiti;
- 2) e quella umanista-olistico, dove il riferimento principale è all'etica e all'orizzonte di senso dei percorsi, alla condivisione, all'interconnessione non gerarchica dei saperi, delle competenze, delle capacità. Essa si confronta con esiti che corrispondono alla restituzione di una qualità accettabile dell'esistere e del vivere; e presuppone una forte implicazione anche personale-affettiva di tutti i soggetti in campo, co-costruttori di un progetto collettivamente pensato, realizzato e valutato.

Prevenzione - terapia - riabilitazione sono i tre punti cardinali (certi) di riferimento nella definizione degli assetti organizzativi di ogni DSM; il quarto punto cardinale (più incerto, spesso opaco) è la valutazione degli esiti. A seconda dell'importanza e del significato che vengono assegnati a ciascun cardine si possono ri-costruire culture organizzative differenti, legami, rappresentazioni e azioni della cura e dei destini dell'utente psichiatrico molto diversificati. I modi in cui si integrano le scelte organizzative con le scelte che qualificano i processi di cura li troviamo correlati allo *spirito di fondo*, alla cornice che dà senso al progetto di "servizio" e ne prefigura gli esiti. Nell'agire che è produzione di destini, per l'appunto, che si giocano nei mondi della vita quotidiana densi di relazioni, di opportunità, di fiducia, di responsabilità condivisa, di fallimenti e di recuperi, di rifiuti e di esclusioni...

4. ALCUNI ORIENTAMENTI PER E DELL'AGIRE ORGANIZZATIVO NELLE INTERVISTE CON I DIRETTORI

Le interviste con i direttori di dipartimento consentono di articolare alcune differenze nelle realtà organizzative dei servizi che possono esserci utili per disegnare una sorta di mappatura delle dimensioni che appaiono maggiormente attive nella loro caratterizzazione. Elementi la cui differente intensità, e soprattutto la loro compresenza nella quotidianità delle pratiche, può colorare le *macchie di leopardo* con alcune rappresentazioni che riguardano il pensiero sulla cura, la relazione con i pazienti, le relazioni tra operatori e con l'ambiente socio-politico di riferimento.

Riteniamo possa essere di una qualche utilità offrire una visualizzazione d'insieme della molteplicità di variabili che concorrono ad alimentare una cultura organizzativa che faciliti l'attivazione di dinamiche relazionali e comunicative, interne ed esterne, improntate da maggiore soddisfazione, riconoscimento reciproco, capacità motivazionale e imprenditorialità professionale così come hanno preso significato nelle esperienze narrate dagli intervistati.

Una sintesi abbozzata, che sentiamo il bisogno di meditare e rielaborare, che mette fianco a fianco somiglianze e differenze emerse nelle rappresentazioni del lavoro e del servizio. Ciò può consentire di evidenziare aspetti che nelle pratiche lavorative sono manifestamente influenti -ma non sempre resi evidenti o trattati- quali elementi della cultura organizzativa fondamentali per la costruzione della qualità del servizio e per la vita delle persone che lo “vivono” (operatori, utenti, familiari, altri soggetti coinvolti). L’obiettivo non è pertanto di stabilizzare delle determinanti, o di stereotipare delle dinamiche, bensì di fare emergere quelli che, in alcune esperienze, risultano essere elementi di supporto e caratterizzanti pratiche fortemente orientate all’attivazione della comunità esterna, nella visione di una riabilitazione altamente restituiva dell’identità di essere soggetto della propria vita al paziente.

D’altra parte, le dimensioni relazionali sono, spesso nelle organizzazioni pubbliche, date per scontate come una qualità intrinseca alla tipologia di servizio, oppure considerate un limite strutturale. Eppure, se riprese in considerazione e trattate come uno degli aspetti importanti del lavoro possono consentire di trovare prospettive originali a situazioni vissute o sopportate come difficoltà, blocco, inerzia.

Non c’è pertanto alcuna intenzione valutativa, né tanto meno di tipizzazione statica, ma è solo un espediente per potere rappresentare sinteticamente alcuni dei contenuti emersi. Nella realtà ogni servizio è un po’ un mondo a sé, la cui originalità nasce ed evolve continuamente nell’incrocio tra modelli organizzativi aziendali, individui con specifici orientamenti professionali e culturali, contesti familiari, sociali ed economici, e culture politico-amministrative...

Una restituzione temporanea, dunque, non per giudicare ma come ricerca di interstizi e di piccole connessioni -e per dare spazio a pensieri sui modi di attivarle- che ci sembrano significative per l’universo organizzativo osservato.

Riteniamo che le rappresentazioni della realtà del proprio servizio narrateci dai direttori di dipartimento nelle interviste siano una risorsa che ben si presta per questo tipo di riflessione in quanto, nei servizi, percorsi, progetti e processi prendono forma (talvolta voluta e pensata altre volte disegnata a-riflessivamente) significativamente, anche se non esclusivamente¹⁸, dall’impronta dei direttori.

Il loro ruolo è infatti importante, tra altre funzioni tecnico-professionali che qui non si prendono in considerazione, per:

- l’accreditamento e la legittimazione interna del servizio (nelle negoziazioni tra direzioni, per la distribuzione aziendale delle risorse, per rilevanza di autorità e di autorevolezza nei processi decisionali,...);

- nella legittimazione e autorevolezza esterna (tanto nella negoziazione con altre agenzie territoriali, con i centri politico-decisionali quanto nell’immagine diffusa che rileva del servizio, delle sue prassi, degli esiti che ci si può aspettare nell’affidarsi o collaborare con esso...).

¹⁸ Nel senso che in alcuni dipartimenti abbiamo ritrovato differenze generate anche dai diversi dirigenti che “governano” unità di servizio o centri di servizio. Non solo, alcuni intervistati raccontano del mutare per esempio del clima ambientale (e quindi della qualità nelle relazioni) a seconda del dirigente-medico in servizio in quel momento. Questa variabilità potrebbe essere vista come elemento destabilizzante, produttore di incertezza, di scarse identificazioni con l’oggetto di lavoro, ecc.

Si tratta di una doppia identità (medico-psichiatra e direttore) che sostanzia il singolare modo di interpretare il proprio ruolo come *conduttore-condottiero* o come *manager* quale, inesorabilmente per alcuni, assegnatogli dalle configurazioni organizzative dei processi di aziendalizzazione. Il direttore può stabilire un rapporto di valore tra i differenti momenti-aspetti della cura e le priorità, a seconda dell'assegnazione di significati al rapporto interno/esterno tra servizi e tra servizi e territorio, tra preminenze nella cura (tecnologie in senso ampio) e differenziazione di priorità tra le tipologie di utenti.

Non solo, ma:

- il “pensiero” del direttore spesso conforma l'ambiente organizzativo, ne caratterizza il clima interno; facilita aspetti di condivisione e di cooperazione tra le parti del servizio, tra professionalità e compiti, oppure “distingue”, oppure alimenta frammentazioni, separatezze, competizioni a risultanza negativa;
- egli per-forma le cornici per il riconoscimento dell'oggetto di lavoro, ne delinea i significati e ne prefigura l'orizzonte di senso, gli spazi di autonomia, di sperimentazione, di risultato perseguito.

Prendono così corpo, nella interpretazione e realizzazione del ruolo, sfumate differenze tra servizi, tra orientamenti della cura; tra una configurazione più processuale oppure una più lineare dell'agire per la salute mentale (le macchie di leopardo...).

Tuttavia, il direttore (così come il personale assegnato alle strutture) non è la sola variabile influente sui ‘destini’ del Servizio; il contesto gioca una parte fondamentale, più che, forse, per qualsiasi altra disciplina medica e servizio sanitario: l'oggetto “salute mentale” è per definizione socialmente situato; il suo riconoscimento è legato alla rappresentazione *locale* della salute in generale e del “malato mentale” nello specifico. Tale rappresentazione della comunità locale può originare la volontà di erigere frontiere (esclusione) oppure di creare spazi e relazioni sociali inclusivi. La “qualità” del contesto culturale-politico-sociale interagisce direttamente con l'evoluzione della cultura organizzativa dei servizi, segnandone le possibilità e sostenendo lo sviluppo di pratiche di cura in quanto, per l'appunto, non possono essere che situate (per esempio: poter aprire una comunità di accoglienza dentro ad un quartiere, poter condividere risorse collettive -senza dover stare nei luoghi delimitati dal filo dello stigma- quali strutture ed attività per la formazione, per il tempo libero: sportive, culturali, trasporti ...). Il contesto, sia quello socio-politico che quello comunitario, gioca nella realtà delle pratiche un ruolo determinante nella costruzione dinamica degli orientamenti e delle finalità sociali della cura.

Dai racconti di responsabili di strutture riabilitative intervistati in alcuni DSM, così come dall'osservazione fatta grazie alla ricerca, possiamo dire che una parte del territorio sembra permanere relativamente impermeabile agli orientamenti della Riabilitazione, e alle indicazioni promanate dalla Regione del Veneto. Tali indicazioni¹⁹ danno forza nel sostenere le negoziazioni interne alle aziende socio-

¹⁹ La grande maggioranza degli intervistati considera la recente definizione dei LEA e degli standard ed indicatori per l'accreditamento un grande passo in avanti... ma come vedremo nella testimonianza

sanitarie, ma non in tutte le realtà locali influiscono sulle scelte aziendali e sulle scelte politiche²⁰.

Tutto ciò rende piuttosto difficoltoso, e in un certo senso azzardato, creare delle ricostruzioni decontestualizzate e renderle utilizzabili quali materiali per la riflessività. Tuttavia, le esperienze narrate nelle interviste con i direttori e coi referenti di area riabilitativa (incrociate con elementi conoscitivi rilevati attraverso l'osservazione diretta nella ricerca) consentono di riconoscere e di valorizzare alcuni elementi per restituire una seppur temporanea e parziale sintesi dell'osservazione. La cornice nella quale tali elementi sono significativi, è opportuno ripeterlo, è quella degli orientamenti della nostra Regione: psichiatria di comunità, visione della riabilitazione quale spazio intermedio tra cura e società, tra presa in carico professionale del disagio che è origine, oltre che della sofferenza personale, anche dell'esclusione sociale e sua conversione in inclusione tramite i supporti che possono ripristinare nel paziente la dignità di soggetto portatore di diritti universali e di cittadinanza.

Le variabili emerse come elementi caratterizzanti gli orientamenti organizzativo-culturali, nella realtà operativa si articolano e combinano in una varietà di possibilità che oscillano tra una elevata ricerca di interazione con i contesti territoriali a una segnata difficoltà, talora impermeabilità, nell'interazione tra contesti (servizi e territori):

- situazioni di dinamicità, di ricerca di innovazione, di sperimentazione di nuovi percorsi che siano di supporto alla costruzione di percorsi di autonomia e di soggettività per gli utenti, di nuove alleanze, di cooperazione con soggetti extra-istituzionali ...
- e situazioni con tendenza all'inerzia, nella quale prevale un orientamento delle risorse e delle energie verso l'interno del servizio, con prevalenza di investimento sui

di quanto sta accadendo in una zona della regione fa pensare che, e questo già lo scriveva Michel Crozier negli anni '60, non si cambia una società per decreto.

²⁰ Racconto per esemplificare una situazione nella quale mi sono trovata durante l'intervista al responsabile della riabilitazione in un DSM. Il medico-psichiatra mi sta raccontando delle difficoltà a realizzare obiettivi di riabilitazione nella CTRP (comunità terapeutica residenziale protetta, cioè con assistenza 24 ore su 24) di cui è responsabile. La struttura è isolata rispetto alla città e ai suoi servizi, circondata da edifici quasi dismessi (sopravvivono nel vecchio ospedale alcuni uffici che funzionano dal mattino al tardo pomeriggio), e immersa in una campagna che non è parte della comunità e, almeno quel giorno, fonte di un insopportabile olezzo. Non solo, ma questa comunità è il solo servizio residenziale previsto nel territorio; nessuna altra struttura di alloggio a graduale riduzione di protezione è stata istituita e pertanto vi sono pazienti che stanno lì da 9, 10 anni. Durante l'intervista, arriva l'assessore comunale delegato ai servizi sociali e sanitari, il quale si presenta con l'annuncio di una bella notizia: il giorno prima, annuncia, è stato finalmente approvato il PAT e la comunità avrà una nuova collocazione nella progettata "cittadella della salute". L'ex ospedale che sta lì a fianco sarà ristrutturato e diventerà una bella struttura in grado di accogliere: una casa di riposo, una RSA, e la CTRP. Penso sia superfluo sottolineare la distanza tra questa decisione politico-amministrativa e la necessità di contesto e di risorse altre per consentire un percorso riabilitativo. Chi ha deciso? Sulla base di quali conoscenze, progettualità, rispetto e responsabilità? Alle accorate domande-rimostranze che il medico-psichiatra gli rivolge successivamente, l'assessore non sa rispondere, cerca di difendere il vantaggio di una nuova struttura mentre sugli altri temi (isolamento, mancanza di comunità alloggio, appartamenti, di risorse facilitanti le attività riabilitative...) proprio non sa che dire, come se non avessero proprio fatto parte degli argomenti nella costruzione della decisione, non elementi significativi del pensiero programmatico-organizzativo.

casi “più gravi”, della cronicità pensata senza o con poca speranza di uscita dal circuito assistito-protetto, con estemporaneità nelle collaborazioni con i soggetti territoriali, delega ad altri servizi o ad altre agenzie per la costruzione di reti (per esempio per lo sviluppo di attività riabilitative) ...

A seconda del posizionamento in questa variabilità, si riscontrano nel clima di fondo dell’operare quotidiano differenti gradi di “soddisfazione” verso il proprio lavoro, di “speranza” verso gli esiti che si possono costruire, di maggiore o minore propensione all’imprenditività di tutte le componenti professionali coinvolte nel Servizio, oppure tendenze all’inerzia e alla ripetitività.

Le dimensioni relazionali che influiscono nella definizione della specificità organizzativa dei servizi risultano essere prevalentemente:

- le *relazioni interne tra operatori*; si comprendono qui, per esempio, i rapporti tra ruoli professionali, tra collocazioni istituzionali (quali, lavorare in reparto oppure in un servizio territoriale), significati assegnati agli incontri di équipe, ai gruppi di lavoro, presenza-assenza di percorsi di condivisione dei progetti di lavoro e di riflessività sui vissuti lavorativi, riconoscimento di valore alle singole professionalità e qualità delle dinamiche di potere-cooperazione;
- le *relazioni e le rappresentazioni del paziente*; ci si riferisce alla prefigurazione della cura come percorso o come processo, all’accento posto prevalentemente sulla tipologia (patologia) o sulla gravità della malattia o invece sulle caratteristiche soggettive e sulle competenze personali e sociali delle persone;
- le *relazioni e le rappresentazioni dei familiari* (singoli e associati); questi possono essere visti come risorse attive o attivabili oppure come fastidi, intrusi, intralcio al lavoro di cura;
- le *relazioni con l’ambiente sociale di riferimento* (che riguardano i rapporti intessuti con le cooperative e il volontariato, il mondo dell’impresa di mercato e di quella sociale). I rapporti possono essere assenti o parzialmente presenti con alcuni di questi soggetti, attivati puntualmente per singole situazioni oppure tessuti in una prospettiva più ampia per la costruzione di alleanze e di partnership, di attivazione di una solidarietà assistenziale oppure di una comunità coinvolta o competente.

Le differenti combinazioni tra queste dimensioni relazionali danno forma alle tipologie di strutture attivate e alla loro identità performativa. Per esempio, la prevalenza di soluzioni residenziali fortemente assistite oppure l’articolazione in una pluralità di strutture (così come anche previsto dalla normativa regionale); tipologie di attività di riabilitazione e loro orientamento all’“intrattenimento” oppure come risorse per l’identificazione, l’acquisizione di autonomia e l’inclusione sociale dei pazienti.

Si ritiene opportuno sottolineare nuovamente che stiamo riflettendo tramite delle tipizzazioni; la realtà è sempre più complessa, i confini delle pratiche sono sfumati o porosi, la vita quotidiana nell’organizzazione e nei processi di cura è un divenire che si genera nell’incontro di molte dimensioni e variabili, nonché nella molteplicità delle interazioni tra individui.

Ciò premesso, si presentano nel paragrafo che segue, la sintesi di alcune componenti distintive.

5. ORIENTAMENTI CHE CON-FORMANO L'AGIRE ORGANIZZATIVO DEI SERVIZI

Le relazioni tra operatori

► da metodologie di lavoro che vanno da un orientamento esplicito alla condivisione dei vissuti e delle esperienze, alla riflessività e alla gestione (o mediazione) dei conflitti → alla segnalazione di mancanza di: -comunicazione tra operatori di diverso livello (gerarchia delle professioni) e nell'équipe; - assenza di una cultura di lavoro di gruppo (lamentando dinamiche patologiche/conflictuali), con il prevalere di una logica di tipo gerarchico nella gestione delle relazioni ...

► dall'investimento forte sulla diversificazione, gestione e "manutenzione" di équipe (considerate luogo e strumento di condivisione della programmazione delle attività, del metodo di lavoro e del progetto di cura), di attenzione consapevole alla valorizzazione e all'integrazione di tutte le professioni (con valorizzazione degli operatori attraverso spazi di autonomia, considerando la creatività come valore, di sostegno quotidiano del legame organizzativo → alle difficoltà di integrazione tra servizi (CSM e SPDC; ambulatorio e centro diurno...), con relazioni asimmetriche tra figure professionali nei servizi; il lavoro di équipe limitato alla condivisione delle difficoltà rappresentate in singoli casi; assegnazione maggiore importanza dell'attività clinica e gestionale piuttosto che al lavoro di condivisione interna e di rete ...

► dall'attivazione di "pensiero" e di supporti per la costruzione e il sostegno delle relazioni, con attenzione alle componenti emotive, ricorrendo anche al supporto di supervisione esterna (focalizzata su casi come occasione di riflessività sul proprio lavoro e sulle sue rappresentazioni attive nell'agire degli operatori del servizio) → a stili di lavoro che escludono consapevolmente la presa in carico dei vissuti personali nel lavoro di équipe, al dare prevalenza agli aspetti informativi della formazione, al non destinare risorse per la formazione a sostegno delle professionalità (malgrado il riconoscimento che ciò è di ostacolo all'attivazione di percorsi riabilitativi e di prevenzione) ...

Le relazioni con il paziente

► dalla fiducia nella possibilità di auto-realizzazione e di protagonismo del paziente, con orientamento all'empowerment (autostima, abilità, competenze, esperienze, autonomia ...) → a relativa sfiducia sugli esiti riabilitativi e sulle possibilità di autogestione, con esplicitata rassegnazione alla cronicità; influenza nelle scelte di cura di condizionamenti derivanti da timori legati alla responsabilità legale e dalle pressioni sociali di controllo ...

► dalla rilevanza assegnata al lavoro riabilitativo come missione prevalente del lavoro di cura, l'investimento di energie per la creazione di percorsi di lavoro "non assistenziale" in collaborazione con i comuni e altri attori del territorio (non limitata alla risorsa SIL), l'investimento in un lavoro di rete (destinato per esempio alla creazione di cooperative di utenti → all'affidarsi ad opportunità pre-disegnate da altri

soggetti (SIL, cooperative sociali che si rendono disponibili con propri progetti, talora pensati originariamente per altre tipologie di disabilità) ...

➤ dal generare collaborazioni per realizzare di percorsi di vita autonomi per/con i pazienti (per esempio con l'utilizzo anche di risorse attivate-attivabili dalle famiglie quali appartamenti di proprietà) → a "rassegnarsi" alla non disponibilità di strutture articolate per mancanza di risorse, sensibilità dei contesti ...

➤ dall'attivazione di relazioni sociali che possono diventare relazioni amicali, di sostegno extra-familiare (es. con volontari formati e sostenuti) al ritenere secondario questo investimento per la carenza di risorse (tempo, energie...) da dedicarvi...

Le relazioni con i familiari dei pazienti

➤ dall'attivare iniziative strutturate e articolate per il sostegno alle famiglie → al percepire pregiudizialmente il familiare come un ostacolo; lavorare con singoli per i casi individuali; non attivare supporti per gruppi di familiari mettendoli in situazione di reciproco sostegno ...

➤ dal coinvolgere e creare spazi di partecipazione alle associazioni di familiari nella programmazione del DSM, nei progetti di inserimento lavorativo e di altre attività riabilitative → all'evitare o sostenere una scarsa interlocuzione con l'associazione dei famigliari ...

➤ dall'orientare l'attività domiciliare a supporto e potenziamento delle capacità delle famiglie di sostenere i momenti di crisi → a considerarla come mero momento di somministrazione di farmaci e controllo della situazione ...

Le relazioni con la comunità di riferimento

➤ dal sostenere iniziative di sensibilizzazione e di lavoro con le reti informali (volontari, vicini o condomini, gestori di esercizi commerciali...) anche utilizzando a tal fine le visite domiciliari → alla scarsa partecipazione alle attività esterne al servizio e concentrazione sul reparto, con relazioni "solo" con il volontariato dedicato ed attività di mero intrattenimento per il tempo libero ...

➤ dall'attivare iniziative comunitarie che coinvolgono anche (quindi non solo) le persone con disagio psichico, co-responsabilizzando la comunità per generare dinamiche di inclusione → al delegare a terzi (privato sociale) le attività di sensibilizzazione della comunità locale ...

➤ dall'impegnarsi in attività di prevenzione (e di lotta allo stigma) per esempio coinvolgendo i giovani nelle fasce di età considerate critiche, con interventi mirati nelle scuole per costruire una cultura della salute mentale e per rendere accessibili (de-stigmatizzati) i servizi a coloro che avvertono sintomi di disagio → all'assenza o scarsa presenza di attività di prevenzione, servizi collocati in luoghi connotati istituzionalmente ...

➤ dal trovare le energie per attivare reti fra molteplici attori (banche, industriali, commercianti, associazionismo, cittadini) come risorse per una cultura dell'inclusione e affinché si impegnino e partecipino nella realizzazione delle attività di riabilitazione → ad assenza o saltuarietà di relazioni significative con il territorio, collaborazioni con il privato sociale finalizzate strumentalmente alla gestione della

residenzialità e ad inserimenti lavorativi, adesione a iniziative promosse dalle associazioni piuttosto che condivisione e partecipazione ...

La rappresentazione che gli intervistati danno della comunità territoriale è comunque per lo più quella di una situazione ancora da costruire o stabilizzare. Sono ancora, o di nuovo, presenti richieste di sicurezza/controllo.

Lo stigma persiste, come ben sanno coloro che operano quotidianamente in questo campo, e atteggiamenti di esclusione talora sono espressi anche da quei cittadini che più di altri sono impegnati in azioni pro-sociale (si veda l'insuccesso in un DSM delle iniziative volte all'attivazione del volontariato locale con esplicito rifiuto). Talora influisce la scarsa presenza di cooperative sociali, nei territori più scarsi di risorse comunitarie; talora sembra influire il contesto economicamente depresso, dunque con risorse limitate... In tutti i casi sono rare le situazioni che hanno maturato una modalità di interazione tra servizi e contesto sociale che non sia di relazioni duali e occasionali (l'evento, la partita, lo spettacolo... e dopo?)²¹.

6. ALCUNE CONSIDERAZIONI A PROPOSITO DELLE “MACCHIE DI LEOPARDO”

Da questa iniziale riflessione, e proseguendo nell'analisi dei materiali della ricerca, è possibile riconoscere, nella differenziazione tra pratiche e servizi, alcune questioni tra loro strettamente correlate.

Una prima differenziazione la troviamo nella configurazione della questione della *soggettività*, riconosciuta a -e resa esperibile da- gli attori in campo. Soggettività che si formano e conformano nella dinamica delle relazioni quotidiane, nel definirsi reciproco della rappresentazione dell'altro, anche tramite la rilevanza assegnata ai soggetti/ruoli (simmetrie-disimmetrie) e alle dinamiche nell'interpretazione dei ruoli (autonomie-dipendenze): per esempio, *pensare il paziente e costruire con il paziente*, oppure *intrattenere il paziente e confinarlo in una quotidianità ripetitiva; esperire insieme*, oppure *applicare delle tecnologie...*

²¹ Come non ricordare alcuni interrogativi *fastidiosi* posti da Franca Olivetti Manoukian al convegno di presentazione dei primi risultati di questa ricerca, che si è svolto nell'isola di san Servolo, presso la sede della Fondazione, il 29 aprile 2009. Con riferimento alle riflessioni portate dalle ricercatrici e ad una lunga esperienza di consulenza-formazione in servizi per la salute mentale, Olivetti Manoukian ha messo sul tavolo alcune cruciali questioni (che cito parzialmente e a memoria, e pertanto mi scuso se nel tragitto del tempo dovessi averle caricate di mie proprie interpretazioni) quali: *Come mai per i servizi per la salute mentale sembrano più facili relazioni singolari, su contenuti ben identificati che confrontarsi con contenuti e attese più “fastidiose” ?* (si veda su questo quanto presentato da Rettore in questo rapporto di ricerca); *Non è che le connessioni con il contesto sociale siano viste come importanti più in quanto occasioni da cui prelevare risorse che non possibilità di ricerca di alternative di percorsi? come un avere e non anche un dare?; Non è che i servizi si pongano come “edifici organizzativi”, improntati a una impostazione sanitaria per la quale si mettono in una posizione di ascolto molto selezionato?; Come mai sembrerebbe che la direzione del loro movimento sia così “influenzata” a seconda delle risorse che vengono dall'esterno e non dai bisogni degli utenti?...*

Una seconda differenziazione è situabile nei diversi significati assegnati dagli operatori incontrati alla *relazione* considerata, per altro, dagli intervistati la cifra costitutiva di qualsiasi approccio di cura: per esempio, *fare con* oppure *fare per*.

Una terza differenziazione, che costituisce anche manifestazione dei significati attribuiti a soggettività e a relazione, è riconoscibile nel “valore” assegnato agli *spazi dei servizi*, potenti artefatti simbolici. Il come sono e dove stanno le strutture territoriali, come sono gestite, con quali spazi di libertà e di autonomia per le persone (pazienti e operatori) che vi abitano vivendoci o semplicemente residendovi; come sono in comunicazione con il contesto in cui stanno... Dimensioni particolarmente significative e significanti nelle strutture territoriali, le c.d. riabilitative, che più hanno la potenzialità -anche simbolica- di connettere o separare, aprire o chiudere a relazioni e contaminazioni. Luoghi che possono essere totalmente sovrapposti e coincidenti con le funzioni di accesso e di fruizione delle prestazioni di cura e di riabilitazione oppure esprimere, e declinare dunque diversamente anche le predette attività, la loro vocazione di *spazio intermedio*²².

Nel primo caso, la logica funzionale e strumentale dello spazio (anche fisico) tende a renderlo luogo statico, spesso chiuso (nel senso simbolico e relazionale) perché non pensato per lo scambio comunicativo, per l'imprevedibilità delle contaminazioni; nel secondo caso, esso è stato pensato per consentirgli di comunicare il senso delle azioni e dei tempi della cura, capacitandolo nella sua potenzialità di connettore tra servizio e società, in una visione dinamico-relazionale che fa della riabilitazione un'esperienza vitale.

Lo spazio istituzionalizzato è spesso popolato da operatori e utenti che fanno ciascuno il proprio mestiere, che utilizzano funzionalmente quanto è necessario oppure è concesso.

Lo spazio riabilitativo intermedio è uno spazio abitato, in cui operatori e utenti vivono l'esperienza umana della riabilitazione e del reciproco riconoscimento. L'uno distribuisce (terapia, attività, contatti), l'altro accoglie (emozioni, speranze, anche illusioni - come ha raccontato un responsabile di area riabilitativa - sapendo che sono tali ma che fanno parte della “speranza”).

La qualità distintiva sta nella forma e nella sostanza consegnate alla dinamica tra soggettività, relazione e spazi, che configura il meta-spazio dell'accoglienza-ascolto dell'altro, della responsabilità, della discrezionalità e della emozionalità²³, nei modi,

²² Troppo spesso “buone pratiche” innovative, che sono costate rilevanti investimenti di energie e che dimostrano la complessità e allo stesso tempo la fattibilità dei cambiamenti di situazione, di prospettiva della cura e degli esiti non hanno seguito, non sedimentano nuova conoscenza diffusa. Mi sono imbattuta casualmente in testi pubblicati, anche diversi anni fa, da Servizi per la salute mentale veneti che raccontano di queste esperienze, rendendole ripercorribili, ma che come spesso accade nel mondo dei servizi pubblici sono testi dimenticati oppure che non hanno avuto alcuna circolazione, o non sono stati accolti con la dovuta considerazione e attenzione. Alcuni di questi testi sono indicati nei riferimenti bibliografici.

²³ Riprendo, utilizzandolo liberamente, l'interessante modello interpretativo messo a punto da Mauro Ferrari, sintetizzato con l'acronimo D.A.R.E. (discrezionalità, ascolto, responsabilità, emozionalità). Si presenta quale strumento utilizzabile analiticamente per ricostruire (e renderlo dunque materiale riflessivo per un miglioramento dei servizi medesimi) come gli operatori che presidiano le “soglie” dei servizi stanno in relazione con gli utenti. Cfr. Ferrari M., 2009, *La frontiera interna*, UTET, Milano, (in corso di stampa).

nei tempi e negli spazi dello *stare con* e *stare tra*, e che si concreta nell'arredare (progettare, pensare) e vivificare (animare, appropriarselo...) relazioni e luoghi (tipi di ambienti nella quotidianità degli spazi fisici e simbolici della cura e della riabilitazione), nel pensare attività e azioni, nell'ascolto, nel grado di reciprocità, nella interpretazione assegnata e esperita della responsabilità.

Un meta-spazio che connette il luogo e il tempo della cura con lo spazio della quotidianità dei mondi di vita nello spazio pubblico, che è pubblico in quanto spazio di cittadinanza che io, soggetto (paziente, malato, disabile, disagiato, sofferente, uomo e donna, indigeno e straniero, bambino, giovane e anziano, ricco e povero, occupato, disoccupato o precario...) abito e vivo agevolmente perché è uno spazio che riconosco, pensato (anche) per me. Spazio di intermediazione tra il mio problema e la mia quotidianità che non so più gestire e nella quale non so più gestirmi.

I luoghi delle pratiche di cura territoriali (e non extra-ospedalieri) sono stati denominati, non a caso, strutture intermedie, proprio per significare la loro funzione di mediazione. E, se mediazione è connessione, essa va riportata alla sua capacità di generare processi e senso condivisi e partecipati, di accogliere le persone e i contesti, di ascoltare e leggere i mutamenti nelle situazioni e nelle esistenze...

Il meta-spazio della riabilitazione chiede di pensare/essere nel lavoro con modalità fluide, come emerge dall'osservazione condotta da Alessandra Carraro e di cui ci racconta in questo testo. Il servizio è un divenire, generato contemporaneamente dalle attività pratiche e dalla creazione di senso che sta nella relazione tra attori in situazione di reciprocità e di riconoscimento.

Connessione in azione, un modo di stare ed essere nel connettere ed agire creando e offrendo i supporti necessari per l'individuazione, per permettere, come scrive Robert Castel, di accedere alla "*proprietà di sé*". Spazio per quell'emozionalità costruttiva che sta nella relazione in quanto situazione favorevole per quel genere di apprendimento (per l'operatore, per la persona con disagio, per le persone della comunità territoriale...) per il quale la conoscenza è necessariamente riflessiva e lo sguardo ampio nel conoscere include il *sé in azione* nel campo dell'osservazione della situazione medesima.

PARTE PRIMA

**Esperienze *con* il disagio psichico attraverso le
organizzazioni
Narrazioni e riflessioni da una ricerca etnografica**

di Alessandra Carraro

1. LA METODOLOGIA DELLA RICERCA

a. L'etnografia e alcuni riferimenti teorici

Con l'intenzione di dar vita, attraverso questa ricerca, ad un resoconto che potesse essere un'occasione per tutti gli attori coinvolti di una riflessione sul disagio psichico in Veneto, tra le metodologie utilizzabili abbiamo scelto, per questa parte della ricerca, quella etnografica. Essa prevede che il ricercatore si immerga in un particolare contesto e nella sua specifica cultura¹ per poi offrire una restituzione che "sappia" ancora dell'esperienza vissuta.

"Etnografia" è una parola che deriva da *éthnos*- (popolo) e *-graphé* (rappresentazione, scrittura); si tratta quindi del racconto di una cultura. Nata inizialmente come metodo utilizzato dagli antropologi per lo studio di culture "altre", non occidentali, oggi gli antropologi sociali e i sociologi la utilizzano per studiare le specifiche culture presenti all'interno di quella dominante² (o comunque differente da quella del ricercatore). Il ricercatore entra quindi in questa cultura essendo in qualche misura straniero cioè non padroneggiando i codici, i linguaggi e le routine specifiche che ne caratterizzano l'interazione quotidiana. Ciò significa che il ricercatore ha la possibilità di stare "nel campo" in modo aperto, non valutativo e quindi conoscere gli attori protagonisti, vivere con loro momenti della vita quotidiana, osservare i luoghi, entrare in contatto, da vicino, con la loro vita quotidiana.

La ricerca etnografica tenta quindi di offrire uno sguardo altro, di chi non è immerso nel fare, nelle incombenze e nelle preoccupazioni, di chi ascolta le diverse voci dei protagonisti che si raccontano e condivide con loro anche alcuni momenti della vita quotidiana, sia di intensa attività che momenti di pausa e informali.

La ricerca si propone di sospendere il giudizio sulla differenza tra la cultura del ricercatore e quella che egli incontra che viene invece accolta, per comprendere "l'altro da sé". Il ricercatore dovrà poi ri-presentare la realtà approssimandosi ad essa il più possibile, creando, appunto, una sua rappresentazione originale della realtà, e non quindi una sua riproduzione con velleità oggettive. Si tratta di una ricostruzione "dall'interno", il tentativo di comprendere il punto di vista dei "nativi", colto nelle loro parole così come nelle azioni che le accompagnano. Secondo Mario Cardano

la ricerca etnografica si pone [...] l'obiettivo di comprendere e interpretare il punto di vista dei nativi ma anche di descrivere ciò di cui i nativi non hanno consapevolezza...³

¹ Con il termine cultura si intende "un processo dinamico di costruzione ricostruzione e distruzione di significati, processo realizzato attraverso azioni e decisioni individuali e collettive definite sulla base di uno scambio continuo, intersoggettivo tra gli attori" (Piccardo, Benozzo 1996, p. 2).

² Le specifiche culture osservate in questa ricerca sono alcune particolari culture organizzative dei servizi per la salute mentale, inserite nella più ampia cultura dei servizi in Italia.

³ Cardano M., 1997, *La Ricerca Etnografica*, in Ricolfi L., a cura di, *La Ricerca Qualitativa*, Nuova Italia, Roma, p. 45.

ovvero di scalfire la superficie dell'ovvio e rivelare i "dato per scontato" e i "non detti" che regolano la vita quotidiana delle organizzazioni.

Tra le tecniche di ricerca qualitativa si sono utilizzate l'osservazione partecipante e l'intervista discorsiva. La prima ha permesso di immergersi nella particolare cultura organizzativa dei servizi per la salute mentale, aprendo il ricercatore

a un'esperienza che coinvolge non solo l'occhio del ricercatore, ma tutto il suo corpo, tutta la sua persona.⁴

Durante il periodo di osservazione l'etnografo vive con i membri della cultura che vuole studiare, osserva le loro pratiche, prende in considerazione il gergo che viene utilizzato, guarda come i protagonisti utilizzano gli spazi, come comunicano attraverso le parole e non solo (comunicazione del corpo attraverso la postura, le espressioni del viso, le distanze tra le persone...). Quindi osserva, parla, prova, sbaglia e chiede di farsi raccontare, ad esempio svolgendo delle interviste "casuali", cioè ponendo delle domande agli attori durante l'osservazione, con lo scopo di comprendere i significati delle interazioni che si stanno osservando o si sono osservate in precedenza. Tutto questo viene annotato in un "diario etnografico", utilizzando come guida tre principi, quello della distinzione, della ridondanza e della concretezza. *Distinguere* significa che ogni nuovo elemento va descritto e specificato, i vari attori e i loro ruoli, ambienti e attività vanno resi riconoscibili. Si distinguono poi le parole degli attori coinvolti da quelle del ricercatore, i discorsi diretti da quelli indiretti. Secondo il principio della *ridondanza* bisogna annotare ogni particolare, anche ciò che può sembrare superfluo, anche se si ha la sensazione di ripetersi. Nella fase di analisi potrebbero essere particolari preziosi. Il principio della *concretezza* impone invece di utilizzare un linguaggio concreto, semplice, non sociologico, per dare conto della vividezza dell'esperienza, sia di coloro che vivono l'organizzazione che del ricercatore stesso.

L'osservatore quindi vive dall'interno la cultura che desidera studiare, è dentro al suo oggetto di studio e interagisce con esso.

Il secondo strumento, l'intervista discorsiva, o meglio narrativa, permette di far emergere (altre) dimensioni significative, di sostegno all'osservazioni partecipante, raccogliendo i racconti dalla viva voce dei protagonisti con la possibilità, per il ricercatore e l'intervistato, di "prenderci il tempo" per ripercorrere esperienze, situazioni ed emozioni.

Attraverso racconti e osservazioni il ricercatore redige un "rapporto di ricerca" che riporta alcune rappresentazioni viste da chi sta dentro quella particolare situazione/contesto muovendosi trasversalmente tra gerarchie, pratiche e luoghi. Il ricercatore si trova quindi in una posizione in cui lo sguardo contiene una visione d'insieme differente rispetto a chi in quei contesti c'è dentro, con tutto il corpo ed è impegnato a muoversi tra le correnti nuotando, a volte annaspando, altre facendosi sostenere, altre sostenendo, altre ancora appoggiandosi al fondo per prendere distanza e osservare i movimenti degli altri o per rallentare camminando sul fondale sicuro. Il ricercatore offre quindi un'immagine che è il riflesso dell'esperienza

⁴ Cardano M., 2003, *Tecniche di ricerca qualitativa*, Carocci, Roma, p. 107.

vissuta e con la quale l'attore coinvolto può confrontarsi attraverso quindi delle possibili occasioni di riflessività.

Tra i riferimenti teorici utilizzati il concetto di riflessività sarà utilizzato varie volte ed è uno dei termini chiave degli studi organizzativi come questo lavoro. Per questo motivo lo presentiamo brevemente, per rendere maggiormente chiaro al lettore, oltre al concetto in sé, lo stile di ricerca che l'utilizzo di esso contribuisce a determinare. Parlare infatti di riflessività significa guardare alla tessitura delle interazioni tra le persone, a come contribuiscono a costruire e come costruiscono il tessuto complessivo in cui si svolgono. Il concetto di riflessività è stato molto d'aiuto per lo studio delle dinamiche di produzione di senso e significato in questa ricerca:

la ricerca produce interpretazioni che cercano di dare senso ai modi in cui gli attori cercano a loro volta di dar senso alla loro azione⁵

e per interpretare i modi con i quali i singoli soggetti partecipano alle dinamiche intra-organizzative attraverso le quali il senso di ciascuno partecipa alla costruzione di un significato collettivo attraverso il processo "razionale" della riflessività. A livello organizzativo, Beck, Lash e Giddens⁶ affermano che

la riflessività è come "un'azione riflessa"...è il modo di riflessione sui pericoli e i mali della produzione che può avvenire individualmente o può essere collettiva e istituzionale.

La riflessività coinvolge quindi la relazione tra persone e organizzazione, nel caso dei servizi per la salute mentale, tra operatori e la rappresentazione dell'organizzazione che essi decostruiscono e ricostruiscono continuamente. Questo processo dinamico porta gli attori a vivere e lavorare in un ambiente che, in un certo senso, è ogni giorno diverso, in cui anche le routine non vengono riprodotte pedissequamente ma sono arricchite da continui apporti, anche piccoli, degli attori in gioco.

Ci sono diversi modi di guardare alla riflessività, uno è quello, già indicato, della riflessività come processo razionale che avviene quindi "a riposo" dall'azione, dopo, quando si può riflettere su cosa e come è accaduto. Un altro è quello che Donald Schön⁷ chiama "riflessione nel corso dell'azione" una competenza pratica di riflessione sulle proprie conoscenze implicite che si attiva durante l'azione stessa. Un altro ancora è quello proposto da Salvatore La Mendola⁸ che suggerisce di guardare alla riflessività come parte del fluire della vita e quindi come dimensione trasversale, non riconducibile ad uno stato separato dell'esperienza. Ciò significa uscire dalla logica o/o per cui c'è un momento del coinvolgimento e uno del distacco in cui si riflette, per utilizzare una logica e/e secondo la quale coinvolgimento e distacco sono contemporaneamente parte della medesima esperienza.

⁵ Melucci A., 1998, *Verso una sociologia riflessiva*, il Mulino, Bologna, p. 23.

⁶ Beck, U., Giddens, A., Lash S., 1999, *Modernizzazione riflessiva: politica, tradizione ed estetica nell'ordine sociale della modernità*, Asterios, Trieste, p. 268.

⁷ Schön D.A., 1983, *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari, 1993.

⁸ La Mendola S., 2007, *Commiato. Inter-agendo: agendo tra, agendo con*, in La Mendola S., a cura di, *Comunicare interagendo*, Utet, Torino, pp. 527-600.

Di riflessività parliamo anche pensando a come, operatori e amministratori che lavorano nell'ambito della salute mentale, possano utilizzare le pagine che seguono. Le immaginiamo come un'occasione di riflessività sui processi in atto che possa permettere di acquisire, innanzitutto, un'ulteriore conoscenza delle dinamiche di interazione presenti all'interno dei servizi. Presentando poi alcune esperienze e delle riflessioni che riguardano le connessioni tra disagio psichico e comunità attraverso le organizzazioni dei servizi per la salute mentale, le occasioni di riflessività si possono estendere anche alle politiche attivate e attivabili in tema di salute mentale. Si tratta di riflessioni e domande che nascono dalla ricerca, dall'incontro tra noi ricercatori e le persone che, quotidianamente, hanno a che fare con il disagio psichico, la sofferenza che suscita e l'impegno di cui esso necessita nel percorso di cura.

b. Il campo della ricerca

Il primo passo della ricerca è stato quello di individuare i testimoni privilegiati per poter provvedere alla scelta delle aree territoriali su cui organizzare la ricerca sul campo. Si è utilizzato un criterio di proporzione tra le province venete sulla base dei bacini di popolazione delle A.UU.SS.LL⁹ di riferimento per i Dipartimenti di Salute Mentale¹⁰. A partire quindi dai 21 Dipartimenti di salute mentale della Regione Veneto, sulla base dei bacini di popolazione mantenendo una proporzione tra le province di riferimento e in base alle indicazioni raccolte da testimoni privilegiati¹¹, sono stati selezionati i Dipartimenti da contattare per le interviste ai Direttori (in neretto):

A.ULSS con bacino di utenza tra 300.000 e 450.000

ulss 6 Vicenza
ulss 9 Treviso
ulss 12 Venezia
ulss 16 Padova
ulss 20 Verona

A.ULSS con bacino di utenza tra 200.000 e 300.000

ulss 7 Pieve di Soligo
ulss 8 Asolo
ulss 10 S. Donà di Piave
ulss 13 Mirano
ulss 15 Alta Padovana
ulss 22 Bussolengo

⁹ Dati forniti dalla Regione Veneto - Ufficio Statistiche.

¹⁰ L'acronimo che utilizzeremo nelle pagine seguenti è DSM. Utilizzeremo anche CSM per indicare il Centro di Salute Mentale e A.M.A. per auto-mutuo-aiuto.

¹¹ Durante la fase di selezione dei DSM da contattare per le interviste al Direttore, alcuni colloqui informali avuti con componenti esperti del comitato scientifico della Fondazione San Servolo, operatori ed ex operatori dei servizi veneti e rappresentanti di associazioni di familiari, hanno fornito alcune informazioni circa le specificità di alcuni DSM di cui si è tenuto conto a parità di bacino di popolazione e di rappresentatività provinciale.

A. ULSS con bacino di utenza tra inf. a 200.000

ulss 1 Belluno

ulss 3 Bassano

ulss 4 Alto vicentino

ulss 5 Ovest vicentino

ulss 14 Chioggia

ulss 21 Legnago

ulss 18 Rovigo

ulss 17 Este

ulss 2 Feltre

ulss 19 Adria

I Dipartimenti scelti per realizzare le interviste con i Direttori, riferiti alle province di appartenenza, sono stati: 1 a Belluno; 1 a Rovigo; 2 a Verona; 2 a Padova; 2 a Venezia; 2 a Treviso; 2 a Vicenza.

Abbiamo quindi predisposto la traccia di intervista in profondità, costruita per sostenere l'intervistato nella narrazione della propria esperienza ponendo l'attenzione sulle seguenti aree:

- esperienza personale e professionale con il disagio psichico;
- organizzazione del servizio;
- rapporti tra il Dipartimento e l'associazionismo, il privato sociale...;
- percezione del contesto territoriale di appartenenza del Dipartimento in termini di stigma, responsabilità e attivazione.

Nel procedere con le interviste abbiamo però modificato il campione di riferimento sulla base delle informazioni acquisite dai testimoni privilegiati e delle riflessioni da lì condotte:

- il Dipartimento di Padova era stato escluso in un primo tempo in quanto non è presente (dal 2005 ad oggi, giugno 2009) il Direttore di Dipartimento (è stato costituito un tavolo di lavoro tra i primari dei servizi del Dipartimento con un referente). Dalle interviste è però emersa la forte influenza che l'organizzazione del servizio padovano, insieme a quello di Verona, ha nel contesto regionale data la presenza dell'Università nella quale si sono formati molti dei medici veneti. Inoltre, l'Università è co-protagonista nella gestione dei servizi dell'Azienda Ulss nel DSM, ma con modalità organizzative differenti tra Padova e Verona e per questo era interessante avvicinare entrambe le realtà;
- in conseguenza al punto 1. è stato escluso il Dipartimento dell'Alta Padovana per mantenere la rappresentatività provinciale;
- è stato aggiunto il Dipartimento di Rovigo per due motivi: innanzitutto per la possibilità di un futuro accorpamento dell'Ulss di Adria (presente nel campione) in quella di Rovigo. Si prefigurava così un interessante momento storico in cui analizzare i due contesti che hanno invece sempre avuto storie organizzative separate. Inoltre è stata rilevata l'unicità (veneta)

dell'organizzazione del Dipartimento che comprende anche i servizi del SERT;

- per l'Ulss di Verona, non avendo avuto la disponibilità del Direttore all'intervista (a causa dei troppi impegni) si sono intervistati due medici psichiatri, uno legato all'Università (che ha in gestione diretta una parte del servizio del DSM), l'altro ad un servizio aziendale "tradizionale", entrambi con posizione di responsabilità di équipe.

Le interviste effettuate sono quindi n. 14, realizzate tra febbraio e luglio 2008:

1. Direttore DSM ULSS n° 1 Belluno
2. Direttore DSM ULSS n° 3 Bassano
3. Direttore DSM ULSS n° 6 Vicenza
4. Direttore (F.F.) - DSM ULSS n° 8 Asolo
5. Direttore DSM ULSS n° 9 Treviso
6. Direttore DSM ULSS n° 12 Veneziana
7. Direttore (F.F.) DSM ULSS n° 14 Chioggia
8. Referente DSM ULSS n° 16 Padova
9. Direttore DSM ULSS n° 17 Este
10. Direttore DSM - ULSS n° 18 Rovigo
11. Direttore DSM ULSS n° 19 Adria
12. Primario DSM ULSS n° 20 Verona
13. Responsabile équipe clinica DSM ULSS n° 20 Verona
14. Direttore DSM ULSS n° 22 Bussolengo

Il secondo passo è stato quello di analizzare le interviste al fine di individuare i contesti territoriali in cui approfondire il lavoro sul campo. Allo scopo abbiamo elaborato una *tavola sinottica* che ha permesso di organizzare e concettualizzare i contenuti delle interviste individuando tre grandi aree tematiche. La tavola sinottica predisposta ha lo scopo di creare una sintesi schematica delle interviste condotte al campione di Direttori di Dipartimento di Salute Mentale del Veneto e di render conto delle motivazioni che hanno condotto alla scelta dei Dipartimenti in cui approfondire lo studio.

Le interviste, narrative/in profondità, sono state condotte utilizzando, come già descritto sopra, una traccia che permettesse di raccogliere le rappresentazioni dell'intervistato circa la sua esperienza personale e professionale con il disagio psichico, la dimensione dell'organizzazione del Servizio e le connessioni con gli altri attori del territorio, evidenziandone le criticità e le questioni aperte.

La tavola sinottica contiene quindi un'estrema sintesi dei contenuti emersi, schematizzati con l'intento di rendere un quadro complessivo e, allo stesso tempo, di strutturare l'analisi delle interviste attraverso categorie omogenee. L'analisi di ogni intervista, identificata con un codice, si sviluppa in quattro grandi aree:

1. l'impronta del Direttore. Ovvero ciò che dall'intervista emerge come esperienze, idee e/o ideologie, motivazioni e riflessioni del Direttore ricondotte a tre sotto-aree:

- stile di lavoro metodi, metodologie e aspetti caratterizzanti il lavoro del DSM;

- cura e relazione con l'utente, modalità di approccio al paziente/utente e al percorso di cura;
- questioni aperte sulla psichiatria, aspetti problematici che riguardano la disciplina psichiatrica.

2. dei servizi del DSM... Riflessioni circa i servizi che afferiscono al dipartimento distinguendo le questioni che riguardano:

- lavoro e strutture - aspetti organizzativi del servizio (si tratta in genere dei punti di forza) e altre riflessioni inerenti gli aspetti relazione con/tra operatori;
- criticità - gli aspetti deboli/problematici dell'organizzazione del servizio.

3. delle relazioni con altri attori sociali... in quest'area sono stati raccolti i racconti del Direttore circa i rapporti che il DSM attiva con tre attori sociali significativi:

- famigliari e associazioni di famigliari;
- cooperative;
- contesto territoriale e di comunità. In questo caso si tratta di relazioni (di collaborazione e/o conflittuali) esperite con attori organizzati del territorio (es. associazioni di volontariato, altre agenzie di servizi...) o riflessioni che riguardano "il clima" presente nel contesto territoriale circa la salute mentale e i suoi servizi.

4. questioni aperte e prospettive. Riflessioni generali e/o puntuali circa criticità esistenti dopo la legge 180 rispetto a:

- criticità influenti sullo stato attuale dei servizi;
- nuovi disagi ovvero le nuove problematiche connesse con il cambiamento sociale degli ultimi anni.

La scelta dei Dipartimenti in cui approfondire lo studio si è avvalsa del materiale emerso dalle interviste ai Direttori che, anche se non può rendere conto della complessità interna a ciascun dipartimento, ha fornito un quadro articolato con descrizioni, aneddoti, commenti e riflessioni che hanno permesso di cogliere, nelle narrazioni, la rappresentazione dei Direttori circa gli aspetti caratterizzanti ciascun contesto dipartimentale. Inoltre, la scelta ha inteso mantenere una differenziazione dei contesti per bacino di utenza e per provincia di appartenenza. I Dipartimenti scelti sono pertanto:

1 dipartimento

di Aziende ULSS con bacino di popolazione tra 300.000 e 450.000;

3 dipartimenti

(uno in particolare scelto per le specificità indicate circa le esperienze di prevenzione) di Aziende ULSS con bacino di popolazione tra inf. a 300.000.

La ricerca empirica è stata così realizzata in tre Dipartimenti che corrispondono a cinque territori geo-sociali (i Dipartimenti 1 e 2 comprendono sia una zona urbana che una con marcate caratteristiche extra-urbane).

Il terzo passo è stato quello di entrare all'interno dei Dipartimenti selezionati con osservazioni partecipanti sia nella vita quotidiana dei servizi che delle attività riabilitative. Successivamente si sono condotte interviste ad operatori e a partecipanti alle attività osservate.

Abbiamo contattato i Direttori dei Dipartimenti scelti, richiedendo l'autorizzazione a procedere con la ricerca attraverso:

- contatto con il responsabile delle attività riabilitative e successivo colloquio/intervista con lo stesso;
- ingresso nella struttura riabilitativa e osservazione delle attività riabilitative;
- interviste con i partecipanti alle suddette attività.

In alcuni casi l'intervista al responsabile della struttura riabilitativa è stata preceduta da un colloquio con il coordinatore o referente del servizio sugli aspetti organizzativi delle attività riabilitative proposte (tipologie di attività, orari, operatori coinvolti...).

Le osservazioni partecipanti effettuate hanno avuto lo scopo di osservare le attività riabilitative esplorando induttivamente anche le dinamiche organizzative del servizio di riferimento. Hanno quindi riguardato sia le dinamiche organizzative di vita quotidiana del servizio (riunioni di équipe, pasti, distribuzione farmaci...) che le attività riabilitative ritenute interessanti per le successive interviste secondo la seguente suddivisione utilizzata in questa ricerca: **aperte**, **semi-aperte** o **chiuse**. Il grado di apertura considerata varia al variare della co-partecipazione di persone esterne al servizio a queste attività:

attività aperte:

iniziative pensate ed organizzate dai servizi per coinvolgere, nelle attività con gli utenti, persone esterne al servizio stesso. Aperte quindi alla partecipazione di persone non in carico ai servizi. Queste iniziative, rivolte primariamente agli utenti del servizio, sono pubblicizzate in contesti non psichiatrici: municipio, biblioteca, palestra... o attraverso conoscenze personali degli utenti o degli operatori. Obiettivo è infatti quello di raccogliere adesioni alle attività da parte di persone esterne ai servizi;

attività semi-aperte:

iniziative che coinvolgono solo utenti in carico ai servizi del DSM ma afferenti a strutture diverse, ad esempio, utenti del centro diurno e utenti che fruiscono solo di "consulenza" terapeutica dal dipartimento di salute mentale, o utenti del day hospital...;

attività chiuse:

iniziative che coinvolgono unicamente l'utenza della struttura che le organizza. In questo caso la persona esterna, non in carico ai servizi, è esclusivamente la persona che "conduce" l'attività, il "maestro d'arte" volontario o incaricato dal servizio che quindi partecipa all'attività in qualità di esperto di un'arte (pittura, falegnameria, poesia...).

Nella scelta tra le attività da osservare abbiamo privilegiato le attività aperte, scegliendo le altre tipologie dove queste non fossero presenti.

Successivamente si è proceduto con le interviste ai partecipanti alle attività osservate.

Quello che è interessante cogliere con le interviste è il percorso che i partecipanti hanno compiuto, o stanno compiendo attraverso la frequentazione di una particolare attività:

- innanzitutto le motivazioni e le modalità con cui le persone sono arrivate a quell'iniziativa, con particolare attenzione al ruolo delle reti personali e dei servizi;
- l'interesse si è poi concentrato sulle relazioni che si sono instaurate durante l'esperienza: le aspettative, le dinamiche comunicative che si sono attivate, il ruolo degli operatori/facilitatori in situazione, le difficoltà nell'incontro con l'*altro*...;
- un altro aspetto ha riguardato il dopo esperienza: le relazioni nate e il senso che quell'esperienza ha portato per sé e per le persone della propria rete sociale.

Le attività dei servizi osservate nella ricerca sono state le seguenti:

riabilitative:

aperte: gruppo A.M.A./DSM 1b¹²; gruppo attività motoria/DSM 2a; pallavolo/DSM 3 e 1b; gruppo teatrale/DSM 1°; festa anniversario centro diurno/DSM 2b;

semi-aperte: - attività espressiva - DSM 1a; falegnameria - DSM 3; gruppo cucina - DSM3;

chiuse: cineforum - DSM 4; pittura country, cucito - DSM 1a; gruppo uscita - DSM 2°;

altre attività:

pranzo operatori e utenti - pranzo operatori;

riunione di équipe - riunione operatori e utenti;

corso formazione operatori.

Le interviste condotte hanno coinvolto:

- 8 responsabili di centri diurni o CSM con attività riabilitative;
- 8 operatori dei servizi;
- 23 partecipanti alle attività riabilitative:
 - 19 utenti
 - 4 "esterni"

Inoltre sono state realizzate numerose altre interviste informali condotte durante le osservazioni.

Parallelamente si sono effettuate le interviste a responsabili di tre associazioni di Psichiatri, di cinque Associazioni Familiari, di un'Associazione utenti - l'unica esistente nel Veneto - e di due associazioni di altra natura che nella loro attività si

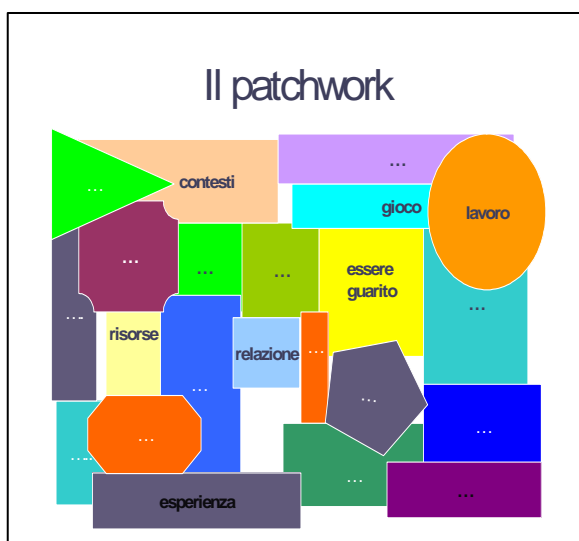
¹² Essendo i DSM 1 e 2 costituiti da differenti territori geo-sociali, si indica, per entrambi, con *a* il territorio più marcatamente urbano, con *b* quello con caratteristiche extra-urbane.

trovano ad operare nell'ambito della salute mentale in modo non esclusivo e, infine, di sette cooperative. Le riflessioni nate da queste interviste saranno presentate nella seconda parte del presente lavoro, realizzata da Valentina Rettore.

Il quarto passo ha visto l'organizzazione di un seminario di approfondimento¹³, occasione per incontrare alcuni protagonisti della ricerca (sia dei DSM 1, 2 e 3 che dei DSM in cui era stata effettuata unicamente l'intervista al direttore) al fine di condividere insieme a loro alcuni elementi emersi per approfondire le riflessioni maturate fino ad allora e consentire nuove elaborazioni e conoscenze.

Il tema scelto è stato quello della riabilitazione, sul quale abbiamo concentrato l'attenzione della ricerca perché emergente come trasversale, e per taluni permeante, il percorso di cura all'interno dei servizi.

Invitati a questo seminario sono stati i referenti per la riabilitazione dei DSM del veneto e i Direttori di Dipartimento interessati alla tematica¹⁴. Nell'invito a partecipare è stata esplicitata la metodologia di questo incontro che dichiarava, come obiettivo, di voler approfondire la conoscenza di noi ricercatori circa la pluralità di significati assegnati ed esperiti dagli attori nelle attività riabilitative delle organizzazioni per la salute mentale. A tal fine si richiedeva che gli invitati fossero parte attiva dell'incontro, riportando racconti e riflessioni maturate nelle esperienze vissute nell'area delle attività di riabilitazione nei propri servizi, accogliendo gli spunti offerti dalla ricerca.



Per favorire e sostenere questi intenti è stata predisposta una narrazione¹⁵ costruita utilizzando stralci di osservazione etnografica, brani di interviste o colloqui informali con utenti e operatori - direttori e responsabili della riabilitazione compresi - per costruire una narrazione verosimile: vera nelle sue parti singolarmente prese che fanno parte del materiale empirico della ricerca ma cucite assieme dal ricercatore per porre all'attenzione dei partecipanti un percorso significativo.

La metafora utilizzata è stata quella "tessile" del patchwork¹⁶: in questa immagine si sono rappresentati alcuni

¹³ Seminario di approfondimento *Esperienze nella riabilitazione. Narrazioni e riflessioni a partire dalla ricerca* "disagio psichico, servizi e comunità", 28 febbraio 2009 - Isola di San Servolo".

¹⁴ Attraverso questo invito abbiamo potuto constatare una ulteriore differenziazione tra DSM, tra quelli in cui è "previsto" un referente alla riabilitazione e quelli invece in cui referenti sono considerati tutti gli operatori che lavorano "nel territorio", è stato inoltre un'occasione per raccogliere elementi sulle dinamiche comunicative all'interno dei DSM.

¹⁵ In appendice, allegato b2.

¹⁶ Laura Balbo utilizza la metafora del patchwork per descrivere situazioni che si compongono e ricompongono giorno per giorno "tenendo insieme" la pluralità di contesti. Balbo L., 1982,

degli aspetti raccolti durante la ricerca e presentati nella narrazione. Si sono proposti così alcuni spunti per aprire allo scambio di esperienze e arricchire questo patchwork. Esso rappresenta quindi il senso del seminario: un lavoro a più pezzi (a più mani) in cui i contributi di tutti - che a volte si sovrappongono parzialmente, nel quale rimangono alcuni spazi vuoti (per i limiti di tempo)... - sono utili alla realizzazione del progetto finale, l'accostamento e la cucitura di tante esperienze diverse, di operatori e ricercatori.

Gli intenti di approfondimento del seminario si sostanziavano in:

- ri-costruire le cornici di senso - quindi far emergere gli orizzonti di senso attraverso i significati delle scelte quotidiane dei singoli;
- far emergere i contesti nei quali si svolgono le attività riabilitative - sia quelli dati/imposti dalla struttura organizzativa e dalla comunità di appartenenza che quelli costruiti dai protagonisti;
- condividere le ambivalenze delle esperienze:
 - dinamiche di apertura e chiusura;
 - aspetti che le rafforzano o che le indeboliscono;

considerando sia le esperienze consolidate che quelle nuove, appena attivate, che innestano un processo di cambiamento dove è possibile osservare in modo più chiaro i movimenti, spinte contrapposte o solo sfalsate tra gli attori in gioco.

Si è trattato di una restituzione esperienziale, il racconto di alcuni brani della ricerca, di alcune esperienze e parole raccolte, per aprire la discussione su alcune tematiche, non ponendo domande per superare la logica valutativa che si costruisce sulle dicotomie giusto/sbagliato, vero/falso, domanda/risposta. Modalità che ha ottenuto un desiderato effetto di "spiazzamento" sia tra gli invitati al seminario che tra i committenti. L'utilizzo della narrazione, con l'intento di raccogliere racconti di esperienze uscendo dalle concettualizzazioni e dalle razionalizzazioni in un gruppo di colleghi che si conoscevano (chi più chi meno), ha costituito una situazione insolita, di confronto sui temi del lavoro per la salute mentale. Insolita e quindi di non facile gestione visto il numero dei presenti (20 persone) e il tempo a disposizione che era limitato a poche ore in una mattinata. La conduzione di un seminario di questo tipo prevede innanzitutto l'attenzione al mantenimento di un clima che favorisca le aperture ai racconti di ciascuno e un'abilità quindi nel lasciare che gli invitati interagiscano tra loro superando dinamiche discorsive abituali e allo stesso tempo non perdendo di vista l'orizzonte di senso dell'incontro.

Si tratta di una proposta seminariale complessa nella organizzazione e nella gestione ma che presenta notevoli potenzialità per la ricerca etnografica: innanzitutto nel proporre la metodologia narrativa già utilizzata nelle interviste in un seminario, e quindi anche poi nella restituzione finale del resoconto della ricerca, consentendo sia un'omogeneità di metodologia che di tipologia di materiale raccolto. Ai partecipanti si offre l'occasione per conoscer(si) e riflettere sulle proprie pratiche di vita quotidiana in un clima che favorisce l'avalutatività e la sospensione del giudizio, con

"Patchwork": una prospettiva sulla società di capitalismo maturo, in Balbo L., Bianchi M., *Ricomposizioni. Il lavoro di servizio nella società della crisi*, Angeli, Milano.

l'obiettivo di fare esperienza di riflessività abbassando, almeno nello spazio/tempo dell'incontro, le cornici che sorreggono le routine quotidiane.

2. LE ORGANIZZAZIONI DEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE

Addentrandonci nel cuore del resoconto della ricerca ribadiamo l'intento di presentare al lettore delle suggestioni che intendono far emergere il "non detto", rendere visibili o dicibili alcune questioni, movimenti generativi o immobilità rintracciati tra le pratiche osservate e i racconti ascoltati. Li presentiamo con la consapevolezza che con la ricerca ci si è avvicinati ad un "mondo organizzativo" complesso, fatto di molte "anime", con diverse "fattezze" e con connessioni con molte altre realtà, contesti e organizzazioni le cui implicazioni sono spesso poco evidenti e palesi ad un primo sguardo, anche per molti degli stessi attori delle organizzazioni. Nelle pagine che seguono si troveranno delle domande scritte in corsivo: si tratta di domande aperte, interrogativi che accompagnano la lettura per aiutare a focalizzare alcune questioni "vive" emerse dalla ricerca e di cui si è provato a tracciare percorsi possibili.

Aderendo alla prospettiva illustrata fino ad ora, abbiamo osservato alcuni *servizi per la salute mentale*, ovvero delle organizzazioni, incontrando alcuni attori e osservandone stralci di vita quotidiana, tentando di mantenere uno sguardo alle dinamiche interne e uno sguardo a quelle con l'esterno e quindi guardando alle *connessioni* tra l'organizzazione stessa e altre organizzazioni, altri attori sociali della comunità. Ecco il perché del titolo di questa ricerca che focalizza tre interessi di ricerca: servizi pubblici per la salute mentale, persone con disagio psichico e comunità allargata, tutti e tre considerati non tanto all'interno dei loro confini quanto nelle zone di sfumatura tra di essi, nelle connessioni possibili e immaginate, realizzate e ideali: *dove finisce il servizio e dove la comunità?* La persona con disagio psichico (almeno molte di loro) vive sia all'interno dei servizi che nella comunità, frequenta il centro diurno o il centro di salute mentale ma anche il proprio quartiere o la propria famiglia quando la va a trovare, il supermercato, l'ufficio postale, il bar, l'edicola... Ma anche attraverso alcune attività che i servizi organizzano, le "uscite" dai confini fisici, istituzionali, per "fare" servizio e "lavorare" negli spazi urbani della città facendo una passeggiata o comprando dei vestiti con gli utenti mescolandosi quindi a compaesani o concittadini.

Perché una ricerca "a partire" dai servizi per la salute mentale per studiare le dinamiche comunicative tra disagio psichico e comunità?

I servizi sono uno degli attori fondamentali di riferimento per la salute mentale, insieme ai familiari, alle associazioni di familiari, di volontariato, di utenti, alle cooperative del privato sociale... Comprendere come le persone con disagio psichico interagiscono con la comunità non necessariamente deve passare attraverso i servizi, molte di queste interazioni infatti, avvengono nello spazio pubblico di un giardino, in un supermercato, al bar...

Sono però i servizi gli attori chiamati dalla collettività ad occuparsi, prendersi cura, curare e anche contenere il disturbo psichico. Essi sono inoltre istituzioni che

contribuiscono in maniera sostanziale a veicolare, sostenere ed eventualmente mutare la simbologia (o cultura simbolica), le rappresentazioni della malattia e della salute mentale nello spazio pubblico, oltre che ad incidere sulle rappresentazioni professionali e normative. Per questa loro centralità all'interno della comunità sociale abbiamo deciso di attraversarli per starci dentro tentando di coglierne molteplici aspetti.

Com'è il "contesto" dei servizi?

Utilizzando nuovamente la metafora del patchwork (esposta nella parte metodologica per il suo utilizzo durante il seminario di approfondimento) si può rappresentare il sistema nel quale sono inseriti i servizi per la salute mentale come un grande tessuto costituito da molte parti in connessione tra loro. Le altre parti o pezzi che costituiscono il patchwork sono molte: la Regione, l'Azienda Ulss sia come apparato politico-amministrativo che anche come altri servizi (consultori, SERT, servizi sociali...), il Comune, le associazioni di familiari, le cooperative sociali, i media nazionali, la stampa locale, le associazioni di utenti, le associazioni di volontariato... tra questi attori c'è chi adotta politiche, chi pone interrogativi, chi esige risposte, chi chiede collaborazione e chi invece ostacola, chi elargisce risorse e chi le riduce, chi accusa, chi sbatte le porte e chi apre finestre. Un Direttore racconta durante l'intervista:

...di fatto alla psichiatria viene... anche chiesto tanto di fare controllo sociale, questo è l'aspetto un po' bieco nel nostro mestiere... il più delle volte ci troviamo a dover prendere delle decisioni che, ovviamente sempre nel rispetto del paziente, questo ci mancherebbe è la prima cosa, però magari su pressioni sociali, perché disturbano all'interno della comunità, comunità nel senso del paese dove vive perché ci sono pressioni da parte dei familiari. Non è la cosa quotidiana però succede di fare anche questo. Alla psichiatria di fatto si chiede ancora di fare controllo sociale... perché l'ambiente chiede alla psichiatria di fare questo insomma... (opd8¹⁷)

“L'ambiente” di cui parla questo direttore a volte strattona, anche in direzioni diverse contemporaneamente, chiede insistentemente e pretende risposte, esercita pressioni molto forti. In questo brano la pressione è più in una direzione di controllo/contenimento che verso la riabilitazione/inclusione.

Alcuni contatti tra i tasselli del patchwork stanno uniti bene, altri meno, rimanendo in parte scostati, tra alcuni ci sono delle parziali sovrapposizioni, altri ancora sono molto distanti ma collegati da alcuni fili. Ecco che il DSM è “cucito addosso” all'azienda ulss della quale è parte, mentre i legami con le associazioni vanno costruiti e quindi a volte sono legami cuciti pian piano nel tempo riempiendo vuoti, ricucendo strappi, mentre altre volte la cucitura da subito è salda anche se coinvolge poco tessuto:

¹⁷ Riferimento dell'intervista opd: op =operatore; d = direttore; 8 = numero assegnato all'intervista. Altrove si troveranno le seguenti diciture seguite sempre da un numero che differenzia le interviste dello stesso gruppo: opi = infermiere, ope= educatore, opo= operatore socio sanitario, opm= medico psichiatra, opp= psicologo, opa= assistente sociale; ut = utente; es = esterno.

“nel 2003 c'era una situazione molto conflittuale tra l'associazione [dei familiari] e il dipartimento... da quando abbiamo avuto la comunità [terapeutica]... da allora, il rapporto con i familiari è stato molto più facile perché abbiamo potuto dare anche delle risposte concrete ai bisogni che prima non ne avevano... (opd9)

In questo racconto il Direttore parla invece di strappi e ricuciture rese possibile da un'altra connessione del DSM, quella con un ente privato che ha aperto una comunità terapeutica con la quale il DSM ha potuto collaborare. Connessioni grazie ad altre connessioni.

Ogni singola parte, connettendosi alle altre, lo fa in modi diversi: ci sono anche parti in tensione, una cucitura troppo stretta tende a strappare il tessuto, i tasselli più lontani con i quali si è uniti solo da un filo, possono saldarsi bene come invece attaccarsi ad una parte del tessuto a maglie larghe dove quindi la cucitura non tiene. Essendo parti di un sistema, le singole pezze/tasselli si rafforzano attraverso alcune cuciture mentre altre ne compromettono la trama e, all'interno della pezza stessa, si rende necessario un continuo lavoro di “attenzione al tessuto” per rinforzare alcuni punti, a volte usando gli stessi fili già a disposizione, a volte utilizzandone di nuovi, di esterni:

ci siamo accorti di una cosa: che gli operatori stessi del dipartimento non conoscono¹⁸ la rete dei servizi del Dipartimento... e se non la conoscono gli operatori dei servizi, tanto meno la conoscono gli operatori delle altre realtà sociosanitarie... per cui è tutto quest'anno e in parte l'anno scorso che stiamo lavorando con un progetto formativo [...] rivolto agli operatori del DSM ma anche agli operatori dei distretti, dei comuni, e delle aree di confine della salute mentale... (opd10)

Questo progetto rappresenta una di quelle che potremmo definire “buone pratiche” nell'utilizzare le risorse interne infatti, i formatori di questo corso, sono gli operatori stessi che presentano il servizio in cui lavorano e le attività che svolgono ai colleghi di altri servizi per poi sentire a loro volta da altri operatori quali attività svolgono. Altre volte si richiedono invece interventi esterni, non solo per la formazione ma per sopperire alla mancanza di personale, ad esempio, o delegando ad una associazione la continuazione di una attività sportiva che il DSM non può più sostenere.

Ecco quindi che ogni organizzazione per la salute mentale si trova all'interno di un sistema-patchwork che a volte chiede, toglie, scompone, a volte offre nuovo materiale per rafforzarsi. Ogni singolo tassello ha poi la responsabilità della propria

¹⁸ Durante il seminario di approfondimento si è avuto modo di constatare come molti operatori di diversi servizi non si conoscessero, avevano magari sentito parlare l'uno dell'altro ma mai si erano conosciuti personalmente. Questa è una caratteristica riscontrata anche in altri momenti della ricerca in cui è emerso come i servizi abbiano pochi contatti con altri, anche con quelli confinanti, “solo su singoli casi” ma raramente per progettualità condivise. Il seminario di approfondimento è stata quindi anche l'occasione perché ciascuno dei presenti avesse modo di conoscere colleghi e attività realizzate in Veneto.

trama, nel rattoppare o nel ristrutturare e quindi nel “tirare avanti” con una toppa o nel sentire attentamente la trama e lavorarci dall’interno.

Queste considerazioni valgono poi anche per tutte le altre componenti del patchwork.

Essendo lo spazio di contatto tra disagio psichico, servizi e comunità lo spazio di interesse di questa ricerca, si è posta molta attenzione alle situazioni in cui i servizi “avevano a che fare” con vari soggetti territoriali per la realizzazione di attività riabilitative o preventive che consentissero di “avvicinare” la comunità. Questo legame/rapporto con altri soggetti è stato raccontato nelle interviste come importante/necessario/fondamentale per due motivi principali (anche compresenti):

- per sopperire alla mancanza di risorse condividendo quelle disponibili “unendo le forze”, stabilendo quindi delle alleanze “istituzionali” ovvero dando vita a collaborazioni stabili su progetti condivisi:

... una delle associazioni [di familiari] è stata compresa nella rete che noi abbiamo dei centri di aggregazione... in collaborazione piena con noi... attraverso la condivisione della programmazione... è uno spirito di integrazione delle risorse... noi siamo in una condizione nella quale tutti devono mettere quello che hanno, comunque non siamo ricchi di risorse... allora mettere insieme tutto quello che si ha è la possibilità di dare risposte di qualità... (opd1)

o delegando invece completamente ad un ente esterno la realizzazione di un’attività:

...c’è questa [nome] che organizza tornei di calcio... è un’associazione... soprattutto nel fine settimana organizzano queste attività perché poi questo è un po’ il problema infatti io ho appoggiato questo progetto perché poteva essere positivo il fine settimana quando i centri diurni non sono aperti... fanno attività di tipo ricreativo, giocano a carte, suonano la chitarra, fanno il calcetto... (opd13)

- per la creazione di qualcosa di nuovo, di alternativo alle possibilità esistenti, vedendo nell’attore sociale esterno un potenziale di innovazione e arricchimento (servizi, formazione, centri di aggregazione...)

... questa associazione ci ha proposto questa cosa, di fare un corso di ceramica qui da noi, e a noi è sembrata una buona occasione per aprire le nostre porte e poi abbiamo organizzato altre esperienze simili... (ope1)

Per offrire una chiave di lettura per le osservazioni fatte finora e per quelle che verranno, si propone l’idea di un continuum lungo il quale si collocano le organizzazioni per la salute mentale. Le forme che troviamo ai due estremi esprimono caratteristiche e modalità organizzative molto differenti: da un lato ci sono DSM che mostrano delle chiusure, collocandosi in relazione con il contesto sociale con altri attori, in modo “funzionale”, per sopperire a delle mancanze organizzative in quella che sembra corrispondere alla cosiddetta logica per adempimento di un “compito”. Essa lascia spazio all’inerzia istituzionale che rende sterili anche i piccoli passi accennati da qualche altro attore dell’organizzazione medesima. Appaiono quindi come organizzazioni “gestite” attraverso una piramide

gerarchica che “amministra”¹⁹ dando direttive e controllandone l’esecuzione. Dall’altro lato invece si trovano DSM che favoriscono e/o sostengono le connessioni con l’esterno grazie alla loro struttura che rende possibile che le idee e le iniziative nascano da più parti nell’organizzazione e siano sostenute dal suo centro, in una struttura dai confini porosi che permette di “sentire” sia i movimenti interni che quelli esterni. Una struttura quindi che accetta di modificarsi e consente la permeabilità da e verso l’esterno in un sistema dinamico in cui le figure del patchwork sono in relazione tra loro, a volte saldando dei legami, altre allentandoli, sciogliendone alcuni e intessendone altri. Sono organizzazioni queste, che utilizzano una logica opposta alla gestione o amministrazione, ossia quella della co-costruzione continua e diffusa dell’organizzazione che attraverso la riflessività, la condivisione del pensiero organizzativo, il lavoro sull’apprendimento dalle esperienze nei gruppi di lavoro, lascia spazio all’”intelligenza istituzionale”:

... l’idea di partecipare a questo torneo paesano con la nostra squadra di pallavolo è nata da [nome operatore] e tutti sono stati d’accordo nel partecipare... [nome psichiatra] ci ha sostenuto, è venuto anche lui alla prima partita e abbiamo passato la serata insieme con i ragazzi... è andata bene, magari il prossimo anno lo rifacciamo... (ope2)

Tra queste due modalità estreme troviamo moltissimi altri modi possibili di essere organizzazione, che contengono anche, contemporaneamente, caratteristiche di un estremo e caratteristiche di un altro:

... sono qui da volontaria per continuare l’iniziativa di empowerment perché ci credo, non ci sono prospettive di lavoro qua, io sto cercando lavoro ma intanto mi interessa restare qua... facendo il tirocinio con il dott. [psicologo] abbiamo iniziato questo progetto di empowerment che poi è stato approvato dal primario e poi è partito... [...] ci sono state delle resistenze qua negli operatori perché questo gruppo di empowerment dava ai pazienti degli strumenti e aumentava la loro consapevolezza rispetto anche alla relazione terapeutica... (opp3)

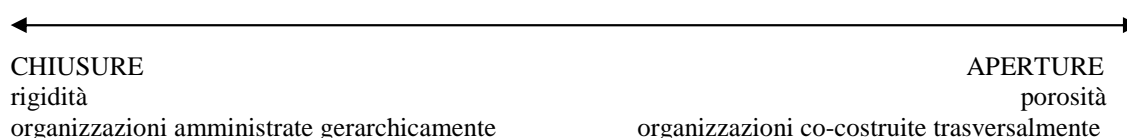
In questo brano l’operatrice racconta di un’apertura organizzativa che ha permesso una innovazione del servizio, l’attivazione di una nuova attività a partire dal lavoro di una tirocinante e la prosecuzione di questo gruppo in un contesto che pur ha manifestato delle resistenze. Queste resistenze riguardavano l’insorta necessità per gli operatori, di mutare la propria relazione con gli utenti sulla base di una nuova consapevolezza cresciuta in loro grazie ad un tipo di attività percepito come “scomodo”. Le resistenze sono manifestazioni comuni di fronte ai cambiamenti, sono tentativi più o meno espliciti di contrastare il cambiamento che richiede, inevitabilmente, di ri-mettersi in gioco e di ripensare al proprio modo di

¹⁹ Utilizzando lo schema di Butera possiamo dire che questo tipo di organizzazioni seguono il modello “meccanico” caratterizzato da una burocrazia gerarchica e da una cultura della dipendenza e della esecuzione in cui i soggetti sono “pezzi di ricambio”. All’opposto Butera individua il modello organico caratterizzato da una rete di sistemi autoregolanti all’interno dell’organizzazione in cui si realizza una cultura dell’integrazione tra le parti in un sistema dinamico. Qui viene riconosciuta ed assegnata agli attori “la capacità di rischiare” (Bifulco) e quindi di apprendere, singolarmente e come organizzazione. Cfr. Butera F., 1990, *Il castello e la rete*, FrancoAngeli, Milano; Bifulco L., 1996, *Apprendere nei servizi sociosanitari*, FrancoAngeli, Milano.

lavorare e di stare in relazione con l'utente richiedendo quindi di entrare in uno spazio di temporaneo ignoto, utile per ricostruire nuovi equilibri, nuovi modi di fare e di essere. Queste resistenze però possono essere superate e opportunamente condivise se si rielaborano collettivamente, se si permette a timori, paure, ma anche interessi, desideri, richieste di supporti di emergere aprendo così l'organizzazione alle nuove situazioni che altrimenti possono tramutarsi in chiusure, in rifiuto del cambiamento.

All'interno dei servizi come sono le rigidità e come le porosità? Come si pongono rispetto ai cambiamenti? Si riflette, e come, su ciò che si sta (co)costruendo e ciò che invece si sta de-costruendo?

Riassumendo, si rappresenta il continuum sopra descritto con le caratteristiche presentate come polarità:



Parlando di servizi si rende necessario un approfondimento su alcune dinamiche relazionali presenti all'interno delle organizzazioni incontrate in questa ricerca. I servizi infatti sono "fatti" di persone, operatori, che lavorano a diretto contatto con le persone con disagio psichico ogni giorno, e ogni giorno sono a diretto contatto con le persone della comunità. Si può affermare che gli operatori siano dei ponti singolarmente presi, o le pietre che costruiscono un ponte²⁰, a seconda di quanto l'organizzazione in cui lavorano sia presente nel mettere in contatto e comunicazione le persone con disagio psichico e le persone della comunità. Utilizzando nuovamente il continuum, ad un estremo troviamo ponti singoli che devono sostenere il carico del passaggio di persone ed esperienze tra il servizio e la comunità, dall'altro troviamo invece ponti, formati da tante pietre messe assieme - da tanti operatori che sono le pietre ma anche dal collante che le tiene assieme che è l'organizzazione, con le sue reti, le sue risorse, le sue strutture... - che condividono così il carico del passaggio. Queste osservazioni saranno poi riprese parlando delle attività riabilitative nel prossimo capitolo.

²⁰ L'immagine del ponte è in linea con l'approccio alla complessità di Morin, secondo cui un tutto è più della somma delle parti che lo costituiscono, e allo stesso tempo ciascun elemento ha qualità che non si manifestano nel tutto: le pietre quindi si manifestano in modi differenti a seconda che siano sole o insieme a costruire un ponte. Morin E., 1993, *Introduzione al pensiero complesso*, Sperling & Kupfer, Milano.

a. Orizzonti di senso

Ciascun operatore, all'interno dell'organizzazione in cui lavora, attribuisce senso a ciò che fa, a cosa produce come dice Manoukian²¹. Ciascuno singolarmente, certo, ma perchè dall'interno di una organizzazione ci si diriga verso la stessa direzione è necessario che gli orizzonti di ciascuno vadano a ricomporre un orizzonte di senso condiviso. È un po' come l'indicatore dell'orizzonte degli aeroplani, quando l'orizzonte dell'aereo non coincide con quello reale significa che si sta atterrando o decollando, o precipitando.

Per esplorare alcune delle dimensioni significative e tentare una rappresentazione delle dinamiche che riguardano i servizi e quindi le équipes, si utilizzeranno racconti e aneddoti a partire dalla ricerca, sulle seguenti tematiche:

- modi di fare équipes;
- costruire l'“oggetto di lavoro”.

Modi di fare équipes

All'interno dei servizi esiste una gerarchia, esistono competenze e ruoli differenti: c'è chi prescrive la terapia, chi si occupa degli inserimenti lavorativi, chi conduce il gruppo verbale, chi serve i pasti; sono medici, assistenti sociali, infermieri, psicologi, operatori socio sanitari, educatori...

Queste diverse competenze e questi differenti ruoli professionali corrispondono a differenti poteri. Qui il potere lo si intende come margine di libertà, come capacità di poter fare e quindi come spazio decisionale, come possibilità di azione. In queste pagine non si affronterà esplicitamente la dimensione del potere che emergerà, comunque, dai racconti dei protagonisti e dalle suggestioni proposte.

Rispetto alle dinamiche relazionali interne alle organizzazioni abbiamo raccolto parole molto diverse tra loro da parte degli operatori²² che abbiamo incontrato: dure, rassegnate, di stima, di condivisione e di comprensione delle reciproche difficoltà nello stare nelle relazioni dell'équipe. Le parole e i modi utilizzati per esprimere queste dinamiche dicono già qualcosa sul modo in cui gli attori stanno nella situazione - in questo caso nella organizzazione - e quindi anche di quanto ciascuno percepisca queste situazioni sentendosi “parte” o sentendosi di “subire” decisioni prese da altri. Anche da semplici e informali affermazioni quali “abbiamo organizzato questa attività” o da “ci hanno detto che da oggi era così e così abbiamo fatto” si coglie quanto distante il soggetto si ponga da una particolare attività e quindi quanto si senta o meno parte di essa.

Molte delle manifestazioni di difficoltà che gli operatori hanno espresso nei loro racconti, sembrano avere a che fare con la mancata co-partecipazione effettiva, attiva ai processi decisionali. Quindi la difficoltà nel sentirsi parte di un processo, un

²¹ Franca Olivetti Manoukian, 1998, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*. Il Mulino, Bologna.

²² Con il termine “operatori” si intendono tutte le figure professionali operanti nella salute mentale, “comprensivo” di medici, infermieri, educatori etc..

movimento di idee, pensieri, parole, emozioni, disaccordi... che crea qualcosa, produce qualcosa di condiviso. Con il termine processi decisionali si intendono situazioni, spazi e tempi dell'organizzazione attraverso i quali avviene la costruzione di decisioni organizzative. Nei processi decisionali non è centrale tanto chi prende di fatto la decisione (solitamente chi si trova gerarchicamente al vertice ed è quindi chiamato a "dire", ad oggettivare la decisione presa in termini formali e di assunzione di responsabilità) ma diventa fondamentale avere/sentire/percepire, per tutti gli operatori, di prendere parte ad un processo, di aver partecipato alla costruzione della decisione. Ad esempio, il tipo di attività riabilitativa da proporre ad un utente spetta, formalmente, al medico di riferimento ma il processo che porta il medico a decidere quale attività scrivere nella cartella dell'utente può essere molto differente: può coinvolgere un gruppo di operatori che insieme si confrontano sulle proprie esperienze con l'utente e sulle attività possibili, oppure può coinvolgere l'équipe come fonte di informazioni di singoli e la decisione può maturare unicamente in seno al medico che poi, la rende visibile.

Nella pratica/in concreto, non significa che le proposte di ciascuno vengano realizzate sempre, quanto che ciascuno senta di aver partecipato con un contributo che è stato preso in considerazione, magari non accolto appieno ma considerato, ascoltato, commentato... ad un processo che ha portato poi "chi di dovere", chi formalmente ha il compito di indicarlo, a prendere una decisione definitiva. A questo proposito un operatore di un centro diurno racconta la sua esperienza:

qui c'è un vertice in cui c'è il medico, dopo il medico... c'è l'infermiere, la mano lunga del medico, sotto c'è lo psicologo, sotto sotto sotto c'è l'educatore, un po' sopra l'assistente sociale... poi all'interno delle riunioni la cosa peggiore è che se io dico "per me questo paziente eee" ma il medico dice un'altra cosa... non è che se ne discuta, è il medico che ha ragione! (ope4)

Oltre a ricostruire come la gerarchia delle professioni sia declinata nel servizio nel quale lavora, questo operatore racconta la sua rappresentazione della riunione di equipe: un momento in cui sono i ruoli formali ad incontrarsi, non le persone e quindi ciò che dice un ruolo superiore, il medico, conta di più di quello che dice un educatore. Questo operatore non si sente subordinato solo in quanto educatore rispetto ad un medico con, quindi, competenze e responsabilità differenti, ma la subordinazione che percepisce ha a che fare con il modo di stare nelle relazioni all'interno dell'équipe e con la definizione dell'oggetto di lavoro. Nella relazione tra operatori, gli apporti di ciascuno sembrano avere pesi differenti a seconda del ruolo che si ricopre:

...ho capito subito dalla prima riunione di come il potere del medico sia... la prima cosa che mi è saltata all'occhio... per dire... si discute del caso di una persona che non esce da tantissimo da casa... guardi dottoressa - dico - non è vero, l'ho vista al centro commerciale... a comprare della roba "no no, non è vero, anche la famiglia mi ha detto che è mesi e mesi che non esce e qua e là" no ma guardi... che l'ho rivisto comprare cassette di musica all'Aliper "non è vero... io sono il medico, questa persona non esce"... ti giuro... è venuto fuori che in relazione, se io dicevo che usciva e lei no, non usciva!... Questo a me fa male un pochino... al paziente un tantino eh!... (ope5)

Quando si chiedono informazioni durante la riunione e poi le decisioni vengono prese dai singoli medici altrove, successivamente alla riunione, e quando si attribuisce un senso diverso ai contributi emersi a seconda del ruolo professionale, si sta assegnando alla riunione di équipe un senso preciso che ciascuno dei partecipanti conosce ma che magari non esplicita: la riunione è uno scambio informativo, non la situazione, lo spazio e il tempo in cui vive il processo decisionale. Vive nel senso che si muove, si agita anche, si costruisce nell'occasione dell'incontro tra professionisti, tra competenze, sensibilità ed esperienze. Si realizza invece, spesso, uno scollamento, non c'è coincidenza tra gli operatori protagonisti dei processi di costruzione organizzativa, come le decisioni che vengono prese e che danno forma all'organizzazione, e gli operatori protagonisti dell'attuazione di queste decisioni nelle pratiche quotidiane all'interno dei servizi. Decisioni e attuazione delle decisioni si muovono su posizioni verticali, dall'alto al basso, piuttosto che circolarmente.

Altri operatori raccontano all'opposto esperienze diverse, tentativi di condivisione, nella consapevolezza dei rispettivi ruoli e delle rispettive responsabilità. Questo significa che ciascuno ha un suo momento, che l'occasione della riunione diventa uno spazio di possibile reciprocità, di partecipazione e co-costruzione del senso di ciascuno in un reciproco riconoscimento. Dalle parole di alcuni operatori emerge come sentano di condividere, di essere parte pur con delle difficoltà, dei significati del proprio gruppo di lavoro proprio perché il senso che loro ne danno è stato accolto e messo insieme agli altri:

... beh, [nome psichiatra] è molto presente qui, condividiamo molto con lui, c'è un rapporto molto tranquillo in cui puoi dire le cose e ci si aiuta anche quando ci sono le difficoltà... è un bel gruppo questo, sono fortunata. (opo6)

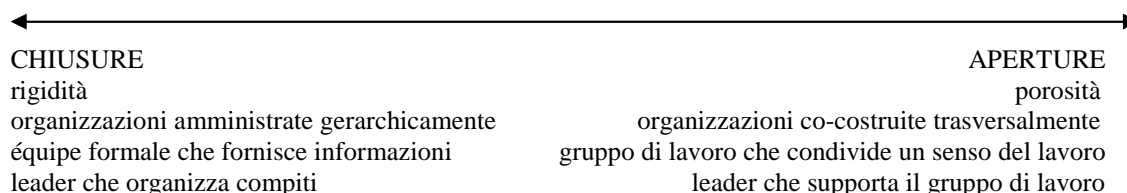
La fortuna di cui parla questa operatrice, riferendosi al gruppo di lavoro, evoca sostegno, serenità, possibilità di confronto anche attraverso la figura del responsabile. E parlando delle differenti professionalità, competenze e anche responsabilità rispetto al lavoro, le parole di uno psichiatra raccontano una consapevolezza del proprio ruolo, di leader, di conduttore che si concilia con la "condivisione del senso del lavoro":

... è innegabile che un gruppo di lavoro faccia riferimento in modo forte al proprio leader e quindi i movimenti dell'équipe siano influenzati, guidati da uno stile di lavoro... è l'idea... il senso che ha il lavoro che stiamo facendo e la condivisione del senso del lavoro... (opm11)

In questo modo si pone in rilievo come le differenze di ruolo, gerarchiche, professionali, non siano altro che delle costruzioni, delle categorie separate che però i soggetti stessi hanno possibilità di per-formare per costruire dei luoghi/momenti dedicati in cui tutti i operatori si prendono il tempo sufficiente perché avvenga un'esperienza necessario perché

ogni operatore... è esposto ogni giorno alla pressione... il paziente cerca di metterti dentro sentimenti pazzi che non sono tuoi... ogni giorno ed è inevitabile che il paziente ci riesca perché i pazienti gravi fanno questo... l'unico modo è che ci sia un gruppo in cui recuperare sé stessi... è un lavoro su di sé. (opp7)

Emergono in queste parole, come in altre raccolte in questi mesi, fatiche e pesantezze del lavoro nei servizi e quindi la fondamentale importanza dell'equipe come spazio e tempo (quotidiano) per riprendere fiato, per non contare solo sulle proprie forze ma accogliere le enormi difficoltà del lavoro che si svolge e trovare supporti saldi con cui confrontarsi. Riprendiamo ancora il continuum per rappresentare graficamente le considerazioni svolte finora riguardo le organizzazioni che possiamo trovare ai suoi estremi:



Costruire l'oggetto di lavoro

Sintetizzando il lavoro di Manoukian (1998), si può definire “oggetto di lavoro” ciò che, ciascuno e l'organizzazione, individuano essere il “cosa facciamo”, “di cosa ci occupiamo” e soprattutto “dove stiamo andando”. Dire che in un servizio “si lavora con quelli che la società non vuole” è diverso da dire “si curano delle malattie” o ancora da “si accompagnano delle persone con disagio a stare meglio”. Ciascuna rappresentazione dice anche delle azioni che gli individui mettono in atto, coerentemente con l'oggetto di lavoro riconosciuto, e dice anche dei modi attraverso cui queste azioni vengono realizzate. Alla definizione dell'oggetto di lavoro concorrono diversi contributi, molti provengono dall'organizzazione, altri dall'esterno: ci sono prescrizioni, codici, manuali, protocolli, sia generali, a livello nazionale o locale per i servizi dei DSM, sia specifici dell'organizzazione che li ha realizzati, protocolli interni e regolamenti. Ci possono essere anche degli ideali, delle definizioni “alte” come “qui offriamo ascolto a chi non è mai ascoltato”.

Ciascuno plasma il proprio oggetto di lavoro attraverso l'esperienza quotidiana nella propria organizzazione ma secondo scenari differenti a seconda che, all'interno dell'organizzazione, si lavori o no sul senso del proprio lavoro e di quello del gruppo, se si faccia riflessività tra operatori (ma anche con gli utenti?) sul senso di quello specifico servizio. A seconda, quindi, di quanto ciascuno sia parte di una organizzazione che amministra un servizio o che invece lo co-costruisce.

In uno dei Dipartimenti osservati, assistendo ad un corso di formazione organizzato per tutti gli operatori dell'area sociale dell'Ulss di riferimento, si è potuto osservare come gli operatori di un particolare servizio per la salute mentale fossero molto “coesivi”: i loro interventi raccontavano esperienze differenti, con stili e modi di esporli diversi ma esprimevano tutti una stessa direzione, condivisa e maturata nel tempo. Durante la discussione una operatrice di un altro servizio (una casa di riposo) ha commentato “qui da voi si sente che si sta bene!” Gli indizi dello “star bene” in quella particolare organizzazione venivano dal fatto che, ognuno con le sue particolarità, esprimeva una direzione comune, coerente l'una con l'altra, in

cui attraverso racconti di esperienze, difficoltà e cambiamenti, emergeva il lavoro di riflessività compiuto.

Definire collettivamente un oggetto di lavoro non è semplice perché è necessario innanzitutto

... entrare in contatto con delle parti di sé, con i propri desideri, con le proprie motivazioni, con i propri timori, con le proprie angosce rispetto alle capacità di costruire e distruggere, coi i propri sentimenti di inadeguatezza... (Manoukian²³)

E quindi ciascuno deve mettere del proprio, un po' di sé, in questa definizione che poi va condivisa, resa comune tra persone con vissuti e competenze differenti. Ciascuno quindi, facendo suo questo oggetto, condividendo le scelte e le premesse, potrà agire coniugando di volta in volta il proprio oggetto di lavoro, in base alla situazione, con modi ad esso congruenti ma con un certo grado di autonomia e creatività, con quella che Zerubavel chiama *mente flessibile*²⁴. Che significa non perseguire l'ordine e la razionalità in una realtà che è invece scomposta e confusa, né assoggettare le persone, portatrici di originalità e complessità, a circolari e direttive imposte. Ma nemmeno l'arbitrarietà di ciascuno, l'isolamento e la frammentazione delle modalità di azione e quindi degli interventi. Agire con mente flessibile significa non essere né rigidi né confusi ma saper tracciare confini, stabilire routine per poi modificarli/e quando necessario essere capaci di precisione e fermezza ma anche di fluidità. Questa modalità consente inoltre a ciascuno singolarmente e collettivamente, di apprendere nell'organizzazione e le organizzazioni che apprendono mantengono aperti e attivi i processi di creazione di senso e ne enfatizzano gli aspetti generativi²⁵.

Tutto questo, così difficile e faticoso da realizzare, passa necessariamente attraverso la conoscenza e consapevolezza delle strutture nelle quali si è inseriti, delle condizioni di partenza, delle zone di rigidità e di quelle invece porose. E quindi torna la necessità che gli operatori siano parte dei processi di costruzione dei significati organizzativi per poter essere "liberi" da rigidità e ansie eccessive che bloccano anziché favorire il movimento:

... mettere i comportamenti delle persone in delle griglie non funziona... individuare modalità standard... è necessario parlare con le persone e far venire fuori da loro... usare le esperienze... (ope0)

Riconosciamo il grande e faticoso lavoro che richiede questo tipo di prospettiva in termini di tempo e dedizione, ma si sono raccolte da più parti richieste di aiuto, segnalazioni di fatiche e pesantezze. E questo vale per tutti gli operatori, per gli educatori come per gli psichiatri che, con gradi di responsabilità istituzionali diversi e con diversi tipi di responsabilità, più o meno operative, più o meno formali, sentono la necessità di uno spazio di condivisione delle responsabilità e di confronto

²³ Olivetti Manoukian F., 1998, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, il Mulino, Bologna, p. 72.

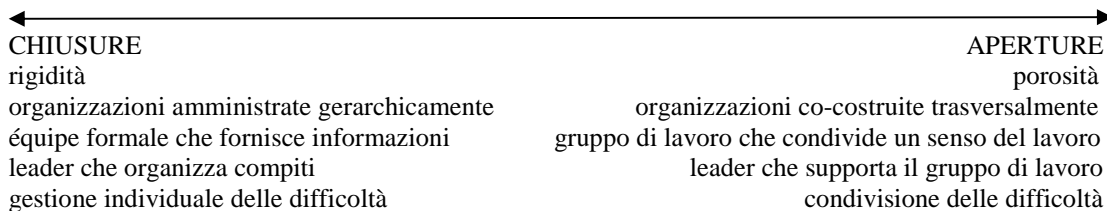
²⁴ E. Zerubavel, 1991, *The fine line. Making distinction in everyday life*, The University of Chicago Press, Chicago, 1993.

²⁵ Bifulco L., 1996, *Apprendere nei servizi sociosanitari*, FrancoAngeli, Milano.

sulle operatività e sulle emotività vissute. Traspare in molti racconti, di diversi operatori, un senso di solitudine, di mancata condivisione reale e quindi di sostegno reciproco sia delle difficoltà del servizio che di quelle individuali:

c'è una cosa che a me da... fastidio che è la superficialità... cioè a pensare in maniera cronica si dice, cioè al venire meno dell'attenzione [...] certe volte ci troviamo in quelle situazioni poco simpatiche in cui l'operatività sembra una cosa che ti corre dietro, no, per cui tu devi fare comunque presto perché c'è questo e quest'altro da fare, che è vero... ma non è che questa sia meno importante, perché se poi le cose passano con superficialità significano errori di non ascolto... c'è qualche difficoltà ancora a condividere, questo aspetto della comunicazione, dell'ascolto, dell'osservazione, dell'approfondimento... ecco questa è una cosa che sto cercando di promuovere (opd15)

Anche questo operatore per la salute mentale, un direttore in questo caso, che si assume appieno il compito di dirigere, di dare indicazioni, mostra una difficoltà nella realizzazione di un obiettivo. Dicendo “questa è una situazione che sto cercando di promuovere” utilizza un sottinteso “io” che sta cercando di portare un gruppo in una direzione che evidentemente non condivide (appieno) con conseguente senso di “fastidio”. Non sono sensazioni diverse da quelle già incontrate attraverso le parole di altri operatori, con ruoli differenti che esprimevano disagio rispetto alle dinamiche del gruppo équipe: a seconda del ruolo viene percepita diversamente ma resta fatica, di un singolo di fronte a grossi carichi emotivi oltre che di responsabilità del lavoro quotidiano.



In due servizi incontrati in questa ricerca abbiamo conosciute équipe che lavorano maggiormente nella direzione illustrata dall'estremo destro del continuum, quello della porosità, della realizzazione di aperture e co-costruzioni. Tali équipe hanno alcune caratteristiche in comune:

i promotori di questa modalità sono i referenti dell'équipe, uno psichiatra in un caso e uno psicologo nell'altro;

le difficoltà: questo modo di lavorare, di “fare” équipe necessita un grande impiego di tempo, superiore alla quotidiana riunione di équipe per il passaggio di informazioni;

la formazione: entrambe le équipe condividono incontri di formazione, convegni ed iniziative ed attivano riflessività sulla base delle esperienze vissute. Relativamente a questo ultimo aspetto, un operatore di un altro servizio racconta invece della sua partecipazione ai convegni come “esperienza personale” che riporta in équipe solo eccezionalmente, non costituendo quindi materiale di discussione riflessiva per il gruppo:

...è stato molto bello quando un giorno inaspettatamente...dovevamo fare formazione e invece c'è stato un problema allora la dottoressa [cognome psicologa] "bhè parlate del convegno eccetera..." e all'inizio un po' di preoccupazione ci dicevamo con la mia collega "madonna non siamo preparate" e invece dopo ho raccontato così come mi veniva ed era bello vedere che... insomma che interessava... che eravamo ascoltati che... qualcuno ha detto "mah non abbiamo più fatto quello che si faceva tempo fa...come si potrebbe fare per fare dell'altro?"... mah il problema sono gli orari... il tempo... le strutture, quanto chiedono, i costi e dopo che devono farlo operatori che sono preparati perchè a volte si dice "bhè si fa"... ma se non c'è un operatore motivato... (opo16)

Dalle parole di questa operatrice emergono le difficoltà e la "disabitudine" al racconto, alla messa in comune di esperienze e idee: c'è la sorpresa di sentire che quello che si racconta interessa agli altri e che da lì siano partite delle riflessioni per immaginare percorsi possibili. Sono anche esplicitati quali problemi organizzativi e quali difficoltà prendono il sopravvento e quindi come il momento di "fermento" viene bloccato dalle rigidità interne dell'organizzazione.

I due estremi del continuum, lo abbiamo già detto, servono in questo resoconto per mostrare alcune caratteristiche possibili all'interno dei servizi ma soprattutto per aprire una riflessione ponendo degli interrogativi a partire da queste due *estreme* tipologie. Ad esempio a quali modalità organizzative possono condurre, quale stile di lavoro possono contribuire a conformare?

b. Parlando di risorse parliamo di lavoro, innovazione e ascolto

"Una serie di colpi di seguito, una pausa, altri colpi isolati: sono segni traducibili in un codice? Qualcuno sta formando lettere, parole? Qualcuno vuole comunicare con te, ha delle cose da dirti?"
(Italo Calvino, Un re in ascolto)

Molti operatori (tra cui l'operatrice citata poco sopra) ci hanno riportato la questione della mancanza delle risorse (economiche e quindi anche umane) come una delle - se non - *la* causa principale delle difficoltà nei servizi, tra cui, il minor sviluppo delle aree di riabilitazione e prevenzione, l'impossibilità di occuparsi dei cosiddetti nuovi disturbi (alimentari, legati alle tossicodipendenze...) In questa parte conclusiva sulle organizzazioni dei servizi si metteranno in relazione le dimensioni di lavoro, innovazione dei servizi e ascolto per completare il quadro di riferimento sulle specificità delle organizzazioni per la salute mentale e introdurre le riflessioni successive sulle attività riabilitative e di prevenzione.

A questo proposito si affronta la questione del lavoro²⁶ e degli inserimenti lavorativi mostrando due scenari differenti, due modi che due DSM rispettivamente hanno trovato per tentare di seguire nuove strade, nuove possibilità per offrire percorsi di inserimento lavorativo ai propri utenti. Questi DSM sono usciti dalle

²⁶ Sul tema del lavoro Valentina Rettore propone un'ulteriore riflessione.

cornici degli interventi previsti, “dedicati” - cioè creati, pensati per la salute mentale o l’handicap - per esplorare opportunità di mercato (risorse, modalità di connessione con altri soggetti) non dedicate, partner non abituali. Queste esperienze raccontano del potere immaginativo e creativo di alcuni operatori dei DSM e quindi poi della realizzazione di incontri con spazi, luoghi, risorse e disponibilità inaspettate proprio perché mai prima coinvolte, avvicinate dai servizi. E quindi del dar vita ad un’innovazione del servizio.

Innanzitutto una precisazione: la tematica del lavoro appare una di quelle centrali all’interno dei servizi per la salute mentale ma ciò non significa che riguardi tutti gli utenti: come è stato affermato durante il convegno di presentazione di questa stessa ricerca, “non c’è il lavoro come categoria ma ci sono dei pazienti che tra le loro esigenze possono avere quella del lavoro, altri per i quali non è un’esigenza”. Queste brevi considerazioni riguardano quindi una delle attività dei servizi e coinvolgono una parte degli utenti complessivi.

Schematizzando riportiamo alcune esperienze di DSM che utilizzano unicamente il servizio del SIL per inserire al lavoro i propri utenti, e altre di DSM che invece si sono attivati direttamente con altre modalità. Tra chi collabora unicamente con il SIL c’è poi chi attua attività “propedeutiche” attraverso, per esempio, le cooperative sociali:

... gli inserimenti lavorativi passano sempre attraverso il SIL, assolutamente. Ce ne sono tanti inserimenti, anche dei nostri utenti del centro diurno che hanno fatto il loro percorso di tirocinio e poi sono stati anche assunti. Da quel punto di vista c’è un grande lavoro... la preparazione al tirocinio.. che si chiama di lavoro guidato dove gli utenti lavorano per potersi preparare ai tirocini, è un buon modo per vedere se queste persone sono in grado e sarà una buona palestra per non far fallire questi inserimenti ma penso che questi numerosi inserimenti dipendano dalle nostre assistenti sociali e dal SIL che è anche molto sollecitato da noi... è una concomitanza di fattori e di una buona collaborazione... (opp12)

Realizzando un doppio passaggio, una doppia formazione sembra che i risultati positivi siano riscontrabili nel numero di inserimenti lavorativi che, nel DSM in cui lavora l’operatrice citata qui sopra, sono molto elevati. Situazioni differenti invece, in cui l’inserimento è gestito dal SIL in collaborazione con il servizio, fanno emergere alcune difficoltà rispetto agli esiti:

... comunque succede che noi facciamo tutto il percorso per delle persone che poi non accettano il nostro inserimento perché con questa invalidità a volte perdono un po’ la loro identità e preferiscono non farla... [...] perchè c’è da dire che quando li inseriamo nelle ditte, noi facciamo fare uno stage di 1-2 mesi, in base al quale il paziente si rende conto di che tipo di lavoro è; prima l’avevamo scelto noi per lui in base alle sue caratteristiche, e dà anche al datore di lavoro la possibilità di conoscere la persona... se le due cose vanno bene alla fine dei due mesi viene assunto... (opa7)

Tra le criticità che emergono dalle parole di questi operatori, al di là delle specificità dei singoli contesti e della complessità di numerosi altri fattori che

concorrono alla definizione degli “esiti” di una modalità di attuare gli inserimenti lavorativi, vi è innanzitutto la questione dell’ascolto delle esigenze degli utenti nell’approccio al lavoro: *l’attenzione è posta alla persona e al suo percorso verso il lavoro? Che tipo di modalità i servizi attuano nell’accompagnare gli utenti? E che tipo di ascolto si ha verso di loro?*

Emerge una rappresentazione del lavoro, e degli inserimenti lavorativi in particolare, da parte degli operatori che parla di paura dei “fallimenti” più che di consapevolezza delle possibili ricadute, di inserimenti come tentativi imposti, o comunque scelti autoritativamente dagli operatori e non concordati con l’utente stesso ma sulla base delle sue caratteristiche (patologiche?). La domanda da porsi forse torna ad essere quella relativa all’oggetto di lavoro: *qual è il senso dell’inserimento lavorativo? Per me operatore, per l’organizzazione in cui lavoro, per l’utente?*

Tra i DSM in cui abbiamo riscontrato movimenti che hanno portato un’innovazione all’interno dei servizi ce n’è uno che si è attivato per allargare la “rete” di soggetti con cui collaborare. Si tratta di un DSM che si trova in una zona non particolarmente vivace economicamente e quindi che presenta difficoltà di occupazione:

... adesso stiamo coinvolgendo le associazioni industriali: ho bisogno di fare 2 gruppi appartamento, non ho i soldi... allora cosa ho fatto? Ho ottenuto dal comune due appartamenti, la banca del territorio mi ha dato i soldi per gli arredi; mi servivano dei soldi per fare piccoli interventi di manutenzione e un centro commerciale mi ha detto “io ti do il materiale e ti metto a disposizione le nostre squadre di manutenzione”... questa collaborazione, al di là che mi fanno i lavori, mi dà la possibilità di assunzioni, quindi borse lavoro... lo sforzo è di fare un’area che metta insieme vari soggetti perché al di là della collaborazione c’è il discorso del reinserimento alla fine del percorso... (opd14)

Naturalmente sono i primi passi e sarà interessante capire quali connessioni si riuscirà a stabilizzare con queste reti e a cosa effettivamente porteranno queste collaborazioni nel tempo. È un fatto però che l’organizzazione, così facendo, si è aperta ad altri interlocutori, anche cercandoli direttamente quindi con uno spirito imprenditoriale più che assistenziale di attesa.

Un altro dipartimento invece, pensando di realizzare il “coinvolgimento autentico delle persone” ha intrapreso una strada che ha apportato notevoli cambiamenti organizzativi:

... abbiamo costruito una serie di progetti insieme ai Comuni attraverso i finanziamenti che sono previsti dai progetti della Comunità Europea... qual è stato il concetto fondamentale? È stato quello di utilizzare i fondi che non sono destinati per obiettivi di solidarietà, ma sono destinati a obiettivi di crescita economica e utilizzarli per realizzare qualcosa con finalità sociali specifiche... che cosa si è realizzato di fatto? Che questi progetti sono il risultato dell’associazione di tre tipi di sostenitori: l’associazione dei familiari, i comuni e il Dipartimento di salute mentale in una cooperativa specifica e quest’anno chi ha lavorato a questo progetto diventerà titolare dell’attività... (opd3)

In questo secondo caso, in modo particolare, si è avuto modo di osservare quanto difficile sia muovere i primi passi fuori dalle strade previste, consolidate. Queste esperienze hanno fatto nascere nuove collaborazioni, nuove organizzazioni (la cooperativa) e quindi nuove prospettive per le persone che vi partecipano. Si colgono palesemente le grandi fatiche e il dispendio di risorse, tempo ed energie per poi riuscire a coinvolgere, di fatto, solo un numero limitato di utenti, come anche di operatori, che partecipano attivamente a questa nuova avventura:

... se vuoi sapere di quel progetto devi chiedere al direttore o a [nome psichiatra], noi non ne sappiamo quasi niente... (ope2)

... è un bel lavoro... gli altri sono lì con un contratto, io zero... è ormai un anno e mezzo che sono lì... (ut7)

Una delle caratteristiche delle sperimentazioni, dei tentativi che si compiono tra le incertezze, è quello di coinvolgere poche persone, piccoli gruppi per poter “testare”, “vedere come va”. Queste esperienze innovative che abbiamo descritto oltre che aggiungere attività, sono generatrici se apportano cambiamenti all’intera organizzazione, se sono sperimentazioni che permettono poi all’organizzazione di aprire i propri confini e ri-pensare e ri-costruire alcune premesse a partire dall’esperienza di alcuni.

All’interno delle organizzazioni per la salute mentale, parlando sempre di risorse e di cambiamenti, oltre che di ascolto, la riflessione su alcune situazioni può partecipare ad arricchire le considerazioni fatte finora.

In un grande centro diurno che accoglie ogni giorno molti utenti ed è gestito, da diversi anni, prevalentemente da personale di una cooperativa, uno degli operatori racconta:

adesso siamo in un momento di cambiamento... cioè... molti pazienti, quelli con più abilità, sono stati inviati a laboratori lavorativi quindi sono rimasti i più cronici diciamo... quindi gli operatori sono un po’ fermi, poi stiamo aspettando che venga aperta una nuova comunità dove verrà inserito personale che ora lavora al centro diurno... diciamo che siamo in una fase di ferma... in tutti i sensi... siamo in attesa e quindi anche se la situazione qua è cambiata, per gli utenti dico, i laboratori... tutto è rimasto uguale... (ope13)

Questa situazione di non pieno utilizzo delle risorse umane, in attesa di nuove strutture, nuove collocazioni, ci offre l’occasione per parlare del tema del cambiamento e di come esso venga accolto/visto. In questa organizzazione è cambiato qualcosa, l’utenza, e questo ha mostrato un’involuzione piuttosto che un’evoluzione, una situazione di “ferma”, un’inerzia piuttosto che un’attivazione. L’organizzazione nel suo insieme si è fermata aspettando, come avesse trovato un ostacolo e non sapesse/volesse/potesse proseguire.

Se quindi a livello formalizzato, istituzionale, c’è inerzia ma qualcosa si è mosso al livello delle pratiche quotidiane, informali: alcuni operatori hanno trovato un modo per far scorrere energie, idee. Hanno iniziato un’attività domiciliare con alcuni utenti con l’obiettivo di facilitare la familiarizzazione del proprio contesto quotidiano, andando insieme al bar o frequentando il parco vicino casa. Un’occasione - quella del momento di riorganizzazione del servizio - che ha non solo

delle pesantezze e delle difficoltà ma anche delle potenzialità, per esempio, nella possibilità di creare spazi “vuoti”, liberare tempo per sperimentare/attivare nuovi percorsi. Ecco allora che, più o meno consapevolmente, qualcuno fa un passo, rimette in circolo energie da cui possono nascere nuove cose, produrre un mutamento organizzativo ma non solo, anche fuori dall’organizzazione (nell’esempio fatto poco fa il mutamento comprende anche il barista, le persone che frequentano il parco...) oppure può fermarsi nuovamente e implodere.

Come nella situazione descritta nel precedente paragrafo dedicato alle équipes, in cui si è presentata l’occasione di un evento con potenzialità generative (la riflessione sulle possibili attività da organizzare nata in seguito agli spunti offerti da un convegno) si sia poi richiuso sotto la coltre delle difficoltà organizzative e non si sia sviluppato. Queste occasioni generative nascono anche un po’ per caso, inaspettatamente, ci si trova a raccontare di un convegno e lì si intravedono delle potenzialità, oppure nascono in un momento di stallo che si percepisce come pesante e si riflette su come sopravvivergli. Poi il loro svilupparsi o il loro chiudersi dipende da molti fattori: tra questi il peso maggiore lo hanno le dinamiche organizzative che sostengono o bloccano. Certo, si possono realizzare anche attraverso l’impegno dei singoli e la loro personale assunzione di responsabilità ma, *con quali costi e fatiche per i pochi operatori coinvolti? E con quali prospettive per la valorizzazione di queste esperienze?*

Sempre in tema di risorse e modalità organizzative, riportiamo un brano del racconto di un utente che esemplifica una possibile occasione di innovazione del servizio, di contenimento delle risorse e una nuova modalità di fare attività riabilitativa. Si tratta di occasioni che i servizi stessi - o almeno alcuni operatori come quello implicitamente citato nel brano - hanno intravisto, forse hanno riconosciuto come tali ma che sembra difficile intraprendere ed esplorare perché si scontra con delle routine consolidate che individuano “ciò che è previsto” da ciò che non lo è. Questo utente è molto giovane e frequenta un centro diurno da 3 anni:

mi piacerebbe fare l’informatica, con il computer, fare anche da segretario a <operatore>, darle una mano, oppure anche a <operatore>, fargli quello che hanno bisogno, però vedo che non c’è posto per me qua dentro perché si arrangiano tutto da sé insomma... io gli ho detto “guarda che mi piacerebbe con il computer, fare informatica così” e il dottor <operatore> che dovrei crearmi io, di studiare su un libro e di spiegarlo a loro, cioè venire qua a spiegare come funziona il computer, l’informatica. Però non è una cosa così semplice che io sia capace di fare, che mi metto lì. Già non sono più capace di fare tante cose con il computer e poi vado a insegnare a degli altri magari sbagliando anche... (ut16)

Questa esperienza può essere letta come un’occasione che si presenta ai servizi, occasione per riflettere sugli obiettivi che si tenta di perseguire, sulla condivisione dei modi per farlo, sull’immagine di “percorso di cura”, di “progetto individualizzato” che si ha in mente. Questo utente esprime un desiderio che per l’organizzazione rappresenta un’anomalia e quindi una difficoltà nel considerarla appieno, nell’immaginare le modalità possibili per sostenere questo utente nella realizzazione di questa idea. Non è previsto che degli utenti facciano da “assistente” agli operatori, non è previsto che un operatore segua un utente solo per organizzare

un corso di informatica. Non quindi rimandandolo unicamente a sé stesso - come dice l'intervistato "dovrei crearmi io, di studiare su un libro" ma anche pensando ad un supporto possibile da parte dell'organizzazione. Naturalmente qui ritorna il tema toccato prima delle modalità di riflessione nell'équipe e quindi la capacità del gruppo di operatori di essere gruppo e come tale di condividere e immaginare nuovi percorsi e nuove possibilità. Questo senza mai dimenticare la cornice di riferimento, la matrice sociale²⁷ entro cui operatori, familiari e utenti sono inseriti e con la quale si trovano ad interagire, come si è esplorato in apertura a questa prima parte.

In questa stessa prospettiva possiamo guardare all'esperienza di un gruppo di auto-mutuo-aiuto in cui si trovano persone che provengono da esperienze diverse: chi è stato seguito dai servizi in modo costante in passato e ora sta meglio, chi ha un familiare con disagio, chi frequenta il CSM per il colloquio periodico con il medico. Una di queste persone vede la propria esperienza in questo gruppo come un supporto e un arricchimento per sé ma anche per gli altri componenti, così da riuscire a costruirsi, nel gruppo, un ruolo che assomiglia molto a quello del facilitatore:

la dottoressa mi diceva "ha dato un po' una sferzata al gruppo che da un po' di tempo invece era un po' così, andava avanti un po' senza cose nuove"... ecco, io non mi sono mai sentita una utente... l'utente è colui che in qualche modo usufruisce del servizio, usa quello che gli viene offerto... quello che invece fa la differenza, cioè il sentirsi parte del gruppo, il sentirsi accolto, il sentirsi parte... mi hanno detto che posso essere d'aiuto al gruppo, oltre che avere bisogno io del gruppo. (ut10)

È possibile pensare di assegnare un ruolo diverso a questa persona, come facilitatore tra pari ad esempio? Ma soprattutto: questa domanda cosa implica? Una riorganizzazione del gruppo di auto-mutuo aiuto? Una ri-definizione del ruolo degli operatori all'interno del gruppo? Una ri-definizione della dicitura auto-mutuo aiuto? E cos'altro?

Trasversalmente a queste riflessioni sul tema delle organizzazioni c'è il tema dell'ascolto: ascolto tra colleghi, ascolto tra operatori e utenti, ascolto tra pari e tra persone che ricoprono ruoli asimmetrici. Per connotare con una caratteristica esemplificativa cosa si intende con il termine ascolto in queste pagine, si può dire che si pensa ad un ascolto non per-formativo, che non ha già delle forme nelle quali ci si aspetta che entrino le richieste dell'altro, ma che è aperto alle molteplici infinite forme della comunicazione. Significa quindi che non si ascolta con pazienza aspettando che tutto si riconduca a delle categorie note, ma si ascolta accogliendo ciò che la comunicazione sta portando. È l'exotopia²⁸ dell'essere con-passione nella relazione accogliendo l'altro con ciò che porta nella relazione, anche se è qualcosa di inaspettato. Tornando agli esempi riportati in queste pagine: la richiesta che implicitamente l'utente fa al proprio terapeuta è di essere sostenuto nella realizzazione del proprio desiderio e in un certo senso nel proprio percorso di

²⁷ Bateson G., Ruesch J, 1976, *La matrice sociale della psichiatria*, Il Mulino, Bologna.

²⁸ Bachtin M., 1988, *L'autore e l'eroe. Teoria letteraria e scienze umane*, Einaudi, Torino. Il concetto di exotopia viene esplicitato da Valentina Rettore nel suo contributo.

autonomia, ossia di avere un'attività all'interno del centro diurno che abbia a che fare con l'informatica e in cui lui possa dare il proprio contributo. La risposta che implicitamente sembra ricevere è che quella che richiede non è un'attività prevista dall'organizzazione e quindi emerge una difficoltà nel dare una risposta e in questo senso ci si potrebbe chiedere se emerga anche la difficoltà nell'accompagnare verso l'autonomia, nel realizzare processi di empowerment. Ancora prima, parlando di dinamiche di équipe, sentire che i propri colleghi e/o superiori accolgono i propri contributi e quindi ascoltano attivamente le esperienze, lascia sorpresi e si sperimenta una vicinanza e un'attenzione insoliti.

In questa prima parte si sono posti molti interrogativi con l'intenzione di aprire percorsi possibili di riflessione, a partire dall'esperienza della ricerca. Si tratta di temi che riguardano anche ciò di cui si parlerà nelle prossime pagine, essendo le pratiche e le esperienze delle attività riabilitative e di prevenzione parte costitutiva del mandato istituzionale dei servizi per la salute mentale.

3. LE ATTIVITÀ DI RIABILITAZIONE

Durante la ricerca abbiamo avuto modo di seguire varie attività riabilitative e abbiamo cercato di avvicinarci a quelle che stavano più di altre dentro confini sfumati: si è trattato di esperienze che operatori e utenti dei servizi facevano insieme a persone che non avevano a che fare stabilmente con il servizio. O meglio, che non erano né operatori né utenti e che abbiamo chiamati attori “esterni” nel significato etimologico di “di fuori”, non naturalizzati, che non appartengono, in qualche misura stranieri. Come già illustrato nella parte metodologica, riportiamo la modalità attraverso cui abbiamo suddiviso le attività riabilitative in cui il grado di apertura si riferisce alla co-partecipazione di persone esterne al servizio a queste attività:

attività aperte:

iniziative pensate ed organizzate dai servizi per coinvolgere, nelle attività con gli utenti, persone esterne al servizio stesso. Aperte quindi alla partecipazione di persone non in carico ai servizi. Queste iniziative, rivolte primariamente agli utenti del servizio, sono pubblicizzate in contesti non psichiatrici: municipio, biblioteca, palestra... o attraverso conoscenze personali degli utenti o degli operatori. Obiettivo è infatti quello di raccogliere adesioni alle attività da parte di persone esterne ai servizi;

attività semi-aperte:

iniziative che coinvolgono solo utenti in carico ai servizi del DSM ma afferenti a strutture diverse, ad esempio, utenti del centro diurno e utenti che fruiscono solo di “consulenza” terapeutica dal dipartimento di salute mentale, o utenti del day hospital...;

attività chiuse:

iniziative che coinvolgono unicamente l’utenza della struttura che le organizza. In questo caso la persona esterna, non in carico ai servizi, è esclusivamente la persona che “conduce” l’attività, il “maestro d’arte” volontario o incaricato dal servizio che quindi partecipa all’attività in qualità di esperto di un’arte (pittura, falegnameria, poesia...).

Essendo l’interesse della ricerca quello di osservare le dinamiche dell’interazione tra le persone della comunità, operatori dei servizi e persone con disagio psichico, le riflessioni che nascono da questo studio non entrano nel merito del carattere riabilitativo di queste attività, nei termini di funziona/non funziona, è o non è riabilitazione. Quello che ci interessava era farci raccontare come si sta - e quando è stato possibile condividere lo spazio - nell’incontro con l’altro da sé. E questo “altro” può essere, a seconda di chi siamo, una persona con disagio psichico, una ragazza molto giovane che gioca a pallavolo, un artista, un’attrice dilettante... (e non solo attraverso le parole ma anche con i corpi, con gli sguardi, le emozioni...).

Nelle prossime pagine ci saranno spesso delle domande, degli interrogativi aperti che partono dalla ricerca attuale per individuare percorsi possibili di riflessione da

continuare e/o attivare all'interno dei servizi circa le proprie specifiche pratiche quotidiane e le premesse che esse esprimono.

Non entriamo nel merito della “tecnica” riabilitativa, ma per introdurre il campo di ricerca esplorato riportiamo le rappresentazioni degli attori coinvolti sul tema della riabilitazione. Nel già citato seminario di approfondimento sulla riabilitazione organizzato in chiusura alla ricerca, come durante altri momenti informali e formali delle interviste, abbiamo avuto modo di raccogliere alcune definizioni degli operatori sulla propria “relazione lavorativa” con la riabilitazione e sulla riabilitazione stessa.

L'operatore e la riabilitazione

C'è chi dice “mi occupo anche/non solo/ prevalentemente di riabilitazione e chi invece dice “sono responsabile di un centro diurno/della linea riabilitativa” o “mi interessa di riabilitazione”.

Attraverso queste affermazioni gli operatori dicono del posto che danno alla riabilitazione nella loro professione e di come quindi la vivono: quelli del primo tipo forse stanno dicendo che la riabilitazione è una dimensione tra le altre collocandola e collocandosi nei diversi compiti organizzativi. Gli altri invece, forse si riconoscono nel lavoro riabilitativo tanto da trovarlo esaustivo nella definizione da dare sul “ciò di cui mi occupo”, riconoscendo il lavoro riabilitativo come loro orizzonte di senso.

Questa distinzione è stata rilevata tra medici psichiatri e psicologi ma all'interno dei servizi *anche per gli altri operatori della salute mentale ci sono “riabilitatori e basta” e “anche riabilitatori”?*

Alcune definizioni di riabilitazione

Sempre durante il seminario, in un clima di riflessività sulla propria vita quotidiana di operatori della (ma non solo) riabilitazione, sono emerse alcune definizioni di riabilitazione che messe insieme aiutano a ricomporre un panorama delle esperienze presenti in Veneto.

Innanzitutto cosa non è riabilitazione: non è intrattenimento i cui si fanno “lavoretti”. Questo tipo di attività non viene considerata riabilitazione ma è tuttora presente all'interno dei servizi. L'intrattenimento rappresenta all'interno dei servizi uno zoccolo duro, difficile da abbattere, che spesso si cela sotto nuove etichette di laboratori “creativi” che di fatto hanno la funzione di intrattenere gli utenti “finché i genitori sono a lavorare” per evitare che “stiano in giro a bighellonare” e quindi per tenere lontano da qualcosa o sollevare qualcuno da un peso. Un'accezione quindi negativa, per evitare qualcosa, come risposta ad una domanda di controllo sociale più che di attivazione e creazione di qualcosa di significativo per le persone coinvolte.

La dimensione relazionale viene ribadita da più voci come fondamentale all'interno dell'attività riabilitativa, come “filo conduttore” se pur con declinazioni molto diverse tra loro che lasciano intendere come, sotto la parola *relazione*, si trovino contenuti profondamente diversi: c'è chi parla di “un rapporto di *parità* tra operatori e utenti” in cui “sono più le somiglianze che le differenze da mettere in gioco” e chi considera la riabilitazione “un progetto di *cura*, far entrare nel proprio pensiero una persona”. Ma anche “fare riabilitazione implica una buona cura, è un lavoro sulla persona per migliorare le capacità di funzionamento” dove la relazione

sembra essere indicata dall'espressione "lavoro *sulla* persona" che rimanda all'idea di una relazione verticale, dall'alto in basso in cui ci si relaziona stando sopra qualcun altro. E questa immagine comunica una modalità relazionale molto differente rispetto a quella in cui ci si confronta faccia a faccia attraverso le somiglianze e le differenze.

Anche le criticità sono state messe in evidenza: innanzitutto la difficoltà nel parlare di *integrazione* "tra servizi e tra parti dello stesso servizio" dove lo spazio della riabilitazione appare spesso come "territorio di nessuno". Di integrazione si parla anche come difficoltà rispetto al contesto degli utenti, la famiglia e l'ambiente di riferimento soprattutto, che diventano lo spazio e l'interlocutore dove realizzare la riabilitazione perché *"fare pallavolo non è riabilitazione... l'attività sportiva fa bene perchè fa bene fare sport, l'unica cosa sarebbe che all'interno del torneo dei centri diurni si facessero squadre miste, amatoriali, non solo tra utenti, ma ancora è attività sportiva..."*. Il concetto di integrazione è stato quindi messo molto in crisi e si sovrappone a quello di riabilitazione: sembrano doversi completare vicendevolmente. Un esempio infatti riportato da uno dei protagonisti del seminario, parlava delle squadre *miste*, utenti ed "esterni" insieme come attività sportiva riabilitativa. A ribadire la fortissima valenza, anche terapeutica oltre che sociale, delle attività che noi abbiamo chiamato aperte. Questo esempio è stato riportato come un ideale da raggiungere, come una delle possibilità per poter parlare di integrazione e non solo di inclusione.

Tra gli esiti desiderati dal processo riabilitativo ci sono innanzitutto l'*autonomia*, l'attivazione di reti sociali e il "tornare a desiderare e a fare progetti". Un'operatrice ha parlato di riabilitazione come un'apertura del servizio verso l'esterno, per consentire agli utenti di sperimentare e fare propria questa apertura.

Dalle rappresentazioni degli operatori coinvolti emerge una grande eterogeneità di dimensioni nella riabilitazione: relazionali, di contesto, di premesse implicite ed esplicite, di obiettivi dichiarati e non. Una differenziazione coerente con l'immagine della "macchia di leopardo" di cui parla Carla Bertolo nell'introduzione.

Si riflette nei servizi sulla rappresentazione di ciascuno della riabilitazione? Come e chi definisce cosa è e cosa non è riabilitazione? Di integrazione si parla nei servizi? È una delle dimensioni problematizzate nella definizione dell'oggetto di lavoro organizzativo?

a. Le attività riabilitative aperte: come nascono, come finiscono o come si consolidano

Come nascono

In alcuni dipartimenti si sono raccolti i racconti di come, ad un certo punto del percorso dell'organizzazione, emergesse un'esigenza da parte di alcuni operatori o dell'équipe completa: trovare degli spazi esterni con l'idea di dare vita ad uno spazio "altro", un luogo prima ideale e poi fisico, reale, che avesse una qualche propria autonomia rispetto al servizio in termini di identificazione: il tentativo è quello di

dis-integrare per quanto possibile l'attività dal servizio connotato e stigmatizzato, e di integrarlo nella comunità con-fondendolo, sempre per quanto possibile.

Una delle ambivalenze delle organizzazioni per la salute mentale (ma non solo, anche le famiglie... con le dovute distinzioni) è che essendo spazi "dedicati" alle persone con disagio diventano luoghi conosciuti, assumono caratteristiche accoglienti, protettive, rassicuranti diventando però anche limitanti e, in quanto servizi, connotati in modo stigmatizzante. All'interno di questa ambivalenza gli attori (almeno alcuni) iniziano ad immaginare e a concretizzare nuovi contesti per le attività - la montagna, il teatro di città, la palestra di quartiere - e si attivano così i gruppi gita, montagna o i gruppi teatro che magari iniziano in una stanza del centro diurno per poi trasferirsi in un teatro in città, o per costituire la squadra di pallavolo che per gli allenamenti utilizza la palestra di una scuola o quella comunale. Queste esperienze hanno bisogno di tempi anche lunghi per realizzarsi perché se da un lato l'organizzazione e i suoi operatori devono aprirsi per "lasciare andare", dall'altro lato l'esterno - e quindi i comuni, le associazioni culturali, quelle sportive... - devono aprirsi per "lasciar entrare".

Molti racconti sulla nascita di queste attività riportano di esperienze iniziate grazie ad idee nate e sviluppate attraverso contatti personali di alcuni operatori. Assieme a parenti o amici gli operatori pensano e poi contribuiscono a realizzare queste idee. A volte si parte dalla curiosità di un amico che pian piano conosce la struttura in cui lavora l'operatore e da lì nasce l'idea, ad esempio, di organizzare un'attività congiunta tra gli alunni di una scuola in cui insegna questo amico e gli utenti del centro diurno. Altre volte a partire dai racconti dell'operatore, senza esperienza diretta, l'amico/parente che gestisce un circolo nautico propone un corso di barca a vela... Questa modalità l'abbiamo ritrovata molto spesso e ci sembra possa ben rappresentare una delle aperture (con tutta la loro precarietà) che le organizzazioni per la salute mentale hanno ormai consolidato.

Un piccolo approfondimento che può trasformarsi in interrogativo.

Durante le interviste con gli utenti si è parlato della possibile partecipazione alle attività del centro di persone esterne, magari per sopperire a delle mancanze numeriche o per "sostenere" a livello di gioco l'attività della squadra di pallavolo. Ecco due racconti:

... lo proporrei a mio fratello sicuramente... altra gente che conosco non ha tempo... sì comunque a qualcuno di bravo perché se non varrebbe neanche la pena... poi so di un ragazzo che ha avuto problemi di tossicodipendenza e adesso è in una fase proprio di depressione, non esce non ha contatti con la gente, è schivo, ha un sacco di paure... sì, ho pensato a lui, però intanto lui non vede uno psichiatra dell'Ulss, dell'ospedale ma vede solo gente del SerT... (ut7)

... io per esempio vedrei una cosa diversa... ok giochiamo noi, però dentro la nostra squadra ci mettiamo due persone che sanno giocare... magari diventiamo un po' più forti come squadra e in più le persone che son dentro con noi sapendo giocare ci insegnano... c'è un mio amico che gioca che a sua sorella e gli ha chiesto "vieni a giocare con noi" e lei era disponibile... aveva chiesto agli

operatori e gli hanno detto di no perché volevano che i giocatori fossero tutti del centro diurno... (ut8)

In questi racconti ci sono delle aperture possibili, delle potenzialità per realizzare dei tentativi di quella integrazione di cui gli operatori incontrati parlano. *Se e come si riflette sui modi per fare integrazione? Come gli utenti sono coinvolti in questo processo?*

Come crescono

Una caratteristica diffusa di queste attività aperte è quella della *estemporaneità*. Poche sono quelle che si strutturano, molte quelle che invece si concludono. I motivi sono tanti, dipende dal tipo di attività, dalle difficoltà emerse, da come i vari protagonisti hanno vissuto e riportano l'esperienza, dal grado di accoglienza ricevuto dagli interlocutori esterni...

Uno degli aspetti positivi dell'estemporaneità: queste attività vengono attivate quando ci sono le energie per farlo ovvero quando ci sono entusiasmo e impegno; non sono sentite quindi come attività di routine, a cui si è costretti. Questo fa sì che i così detti esterni siano più favorevoli, aperti, che partecipino perché l'hanno sentito/voluto e che gli operatori che accompagnano gli utenti siano essi stessi carichi e che quindi trasmettano messaggi di positività e sostegno sereno alle difficoltà.

Il passaggio dalla estemporaneità alla *stabilizzazione* è molto difficile. Riguarda la differenza già affrontata nel precedente capitolo tra essere ponti o pietre: questi ponti sono costruiti unicamente attraverso le fatiche (e gli entusiasmi) di singoli operatori o essi sono pietre che compongono il ben più solido ponte che costruisce la relazione tra dentro e fuori? Si tratta di un momento in cui, alle difficoltà organizzative interne, si sommano quelle delle persone da coinvolgere, esterni/volontari; un operatore racconta di vari tentativi che, nel suo servizio, hanno fatto, in particolare ci racconta di un'esperienza con un gruppo di volontari:

... alla fine, questo tipo di collaborazione qua, quando si ha contatto diretto con i nostri utenti è una cosa che va mano a mano spegnendosi perché per avere a che fare con i nostri utenti, dal nostro punto di vista, hanno [gli esterni] bisogno di una formazione altrimenti uno si trova in difficoltà. E questo è successo per molte collaborazioni che poi si sono chiuse... noi abbiamo fatto anche delle specie di corsetti... dico corsetti perché non è che ci sia stata una cosa molto strutturata perché per i volontari comunque diventa un lavoro ulteriore e anche per noi, per poi magari ottenere... una persona che si interessa... i nostri sono pazienti che stancano che... sono difficili e quindi è necessaria una formazione e anche una formazione continua... è necessario un confronto... ed è necessario tempo e una disponibilità che ovviamente non c'è perché il lavoro [che abbiamo da fare] è tanto... (opp12)

Questo racconto fa emergere uno degli aspetti negativi della estemporaneità (abbiamo visto che l'estemporaneità non è unicamente una dimensione negativa) di queste attività: di fronte alle difficoltà incontrate gli operatori si sentono sovraccarichi, anche demotivati e decidono di non riproporre simili esperienze. E ritorna anche la definizione del proprio oggetto di lavoro quando si afferma che non

c'è il tempo per seguire queste attività perché il lavoro da fare - che è altro quindi - è tanto. Significa affermare non si può fare altrimenti anziché domandarsi *come possiamo moltiplicare queste esperienze? Come possiamo fronteggiare le difficoltà anziché farci schiacciare da loro e far emergere le positività che queste esperienze portano? Ma soprattutto: come consideriamo questa attività aperte all'interno dei compiti a cui ci sentiamo chiamati, sono parte di essi? Sono cose in più?*

Questa è una modalità. Altre volte, pur nella buona riuscita di queste attività, non si riproducono perché

... sono un impegno per noi [operatori] perché dobbiamo preparare i nostri a questo incontro e preparare quelli da fuori all'incontro con i nostri... (ope1)

facendo emergere quindi la forte spinta organizzativa che ristabilisce le routine che danno sicurezza, nelle quali si sa come muoversi, e chiude lo spazio dell'insolito, del non previsto mettendo in rilievo le difficoltà, le ansie e le paure di utenti ed esterni e l'ulteriore carico di lavoro per gli operatori e quindi le prospettive di riabilitazione in cui si collocano.

Da questi brani appena letti sembra emergere una richiesta/necessità di supporti. Si è visto della necessità che gli operatori tra loro si facciano da supporto, emerge ora come i volontari, ma anche le famiglie, pongono una richiesta/necessità simile nel loro percorso. La difficoltà principale che si può rintracciare nelle esperienze di collaborazione/incontro con persone esterne al servizio è la mancanza di *tempo*, per organizzare e soprattutto per seguire/sostenere questi percorsi.

A prima vista emerge una difficoltà organizzativa nel trovare il tempo, momenti da dedicare a queste attività e quindi ad uscire dalle routine: tra le attività si dà la priorità ad altre rispetto a queste e quindi in questo senso manca il *tempo*.²⁹ Tempo che si considera come una dimensione oggettiva anziché come un costrutto sociale che permea la vita quotidiana e ne regola la cadenza. Ogni mondo sociale si costruisce una regolarità temporale che stabilisce i momenti opportuni per determinate attività e formula aspettative circa il come andrà la giornata. E una volta stabilita una routine temporale (per esempio la mattina si fanno i colloqui) la si dà per scontata e quindi continuamente riprodotta. Ogni organizzazione si costruisce un elenco più o meno implicito delle priorità e in base a questo si organizza il lavoro e il tempo del lavoro: se la priorità è legata al fare e quindi ai laboratori, questioni burocratiche, organizzazione uscite, contatti con maestri d'arte, colloqui... *la riflessività, ad esempio, che tempi ha?*

Queste richieste di sostegno che arrivano ai servizi e la situazione di impotenza dei servizi stessi nel rispondere a queste richieste e quindi una situazione di pesantezza generale, non svelano una criticità dell'intero sistema? Ovvero, non stanno dicendo della necessità di cambiare il modo in cui dentro e fuori i servizi ci si rappresenta il ruolo degli operatori? Modo che però dovrebbe cambiare anche da parte degli altri attori in gioco: famiglie, associazioni, enti locali...

²⁹ Per una trattazione esaustiva di questa dimensione si rimanda al saggio *Tempo* di Fioretto R., 2007, in La Mendola S., a cura di, op. cit., pp. 242-251.

Quando invece l'attività aperta si stabilizza, ne abbiamo incontrate, si possono rintracciare alcune caratteristiche comuni: innanzitutto la presenza costante di alcuni operatori che si dedicano all'attività. Si tratta di una dedizione sia emotiva che organizzativa: seguire quella particolare attività rientra tra i loro compiti formali, riconosciuti. Questo passaggio sembra essere fondamentale per permettere la stabilizzazione, ovvero il riconoscimento organizzativo dell'attività - la quale è conosciuta e riconosciuta da tutti gli operatori. Permane comunque un certo isolamento di queste attività, legate appunto solo ad alcuni operatori che ormai storicamente se ne occupano mentre difficilmente altri vi partecipano:

...sto cercando di passare il testimone alla [nome psicologa] perché quando andrò via si occupi lei del gruppo di teatro... e non è facile perché io so tutta la storia, figurati, mentre lei non se è mai occupata (opa8)

...ah guarda, del gruppo a.m.a. devi chiedere a [nome infermiere] se vuoi sapere bene in cosa consiste, io ti so dire alcune cose generali ma è lui che lo segue e ti può spiegare... (opi14)

Che l'attività si stabilizzi non significa poi che l'organizzazione nel suo complesso sostenga effettivamente l'attività, a volte si stabilizza in un clima di tolleranza da parte dei livelli apicali del servizio che approvano ma senza poi attivarsi nei momenti di difficoltà:

... [sottovoce] è venuto fuori che volevano chiudere il gruppo, la direzione dell'ulss... e praticamente ci siamo salvati solo perché l'assessore qui del comune, che ci conosce, sa cosa facciamo, ha detto che invece era una attività valida... il nostro direttore mica si è mosso... che poi all'ulss, a parte per noi operatori, non costa niente sto gruppo qua... (opi9)

Sembra difficile quindi scardinare veramente le routine organizzative per cui le innovazioni entrano con molte difficoltà, si ritagliano uno spazio di esistenza continuando spesso ad essere, se non ostacolate, poco sostenute qualora emergano delle difficoltà.

Per riassumere, le principali caratteristiche delle attività aperte osservate :

- sono rare, eccezioni all'interno dei servizi;
- vengono attivate principalmente su iniziativa di singoli;
- sono spesso estemporanee;
- il processo di stabilizzazione incontra:
 - difficoltà organizzative: si possono vedere come opportunità di riflessione sulle premesse implicite del servizio?
 - necessità di ri-definizione collettiva degli obiettivi delle attività riabilitative e del termine riabilitazione.

b. Dentro le attività aperte tra pratiche e rappresentazioni

Prima di riportare alcune rappresentazioni di protagonisti delle attività aperte, operatori, utenti ed esterni e per avvicinarci a come questo tipo di esperienza venga vissuto tra attività, aspettative e desideri, introduciamo le principali caratteristiche di

queste attività. Solo alcuni cenni, non descrizioni dettagliate, che permettano al lettore di conoscere le attività di pallavolo, di teatro, attività motoria e gruppo A.M.A. nelle loro caratteristiche principali riferite ai soggetti che vi partecipano.

La pallavolo

Durante la ricerca sono state avvicinate due esperienze di squadra di pallavolo, una del Dipartimento 1b e una del Dipartimento 3. L'attività aperta riguarda però solo esperienze estemporanee di squadra mista utenti ed esterni, per il primo Dipartimento non attiva durante la ricerca, attiva invece nel DSM 3.

L'attività di pallavolo è coordinata da alcuni operatori di riferimento che stabilmente si occupano di questa attività. Nel tempo alcuni sono cambiati ma tendenzialmente il gruppo operatori di riferimento tende a rimanere lo stesso per molto tempo. Tra gli operatori c'è uno sportivo o comunque appassionato del gioco che allena la squadra. L'attività sportiva riguarda però tutti i partecipanti, allenatori/operatori compresi, che provano gli schemi, corrono intorno al campo, lanciano palle e sudano insieme agli utenti.

Gli allenamenti si ripetono due/tre volte a settimana e li frequentano utenti del centro diurno che si ritrovano nella palestra di una scuola.

Entrambe le squadre sono inserite all'interno del circuito dell'ANPIS (un'associazione di polisportive per l'integrazione sociale) e partecipano al torneo veneto e nazionale delle squadre dei centri diurni.

L'aspetto sociologicamente interessante di questo tipo di attività sportive è costituito dal fatto che all'interno del rituale sportivo si può realizzare un sovvertimento temporaneo delle ordinarie gerarchie sociali così che, ad esempio, una persona che soffre di depressione tale per cui non riesce a mantenere un lavoro, può essere l'acclamato bomber della squadra di calcio di cui fa parte³⁰. Accade quindi che gruppi o persone solitamente considerate marginali possano occupare invece una posizione centrale e assumere un ruolo positivo e valorizzante come quello di bomber o alzatore, nel quale riconoscere un valore aggiuntivo per la squadra e per sé stesso.

L'attività motoria

L'attività motoria osservata riguarda il Dipartimento 2; si tratta di un'attività che si svolge in una stanza del centro diurno solo quando non è possibile realizzarla all'aperto: nel periodo caldo si svolge in un impianto sportivo comunale o comunque in spazi pubblici, d'inverno, quando possibile per le temperature, si fanno camminate in montagna.

L'attività è condotta da due operatori del centro, uno dei quali completamente dedicato a questo tipo di attività. Il numero dei componenti è ristretto a causa della limitazione dei posti disponibili sul pulmino utilizzato per le cosiddette uscite; il gruppo è molto affiatato, sono tutte persone che frequentano il centro diurno. L'apertura di questa attività alla partecipazione di "esterni" è stata estemporanea,

³⁰ Esempio tratto dal documentario *Matti per il calcio* di De Biasi V., Trento F., 2004, Valter Casini, Roma.

solo per alcuni anni il gruppo ha svolto questa attività motoria (che combina influenze di yoga, psicomotricità e musicoterapica) con classi di un istituto superiore del territorio del dipartimento.

Il teatro

Quando si parla, in queste pagine, di attività di teatro ci si riferisce alle esperienze realizzate nel Dipartimento 2 e 1. In quest'ultimo si sono raccolte esperienze di attività aperta essendo il gruppo costituito da due persone esterne. Queste attività teatrali si svolgono esternamente al servizio, in un piccolo teatro che consente quindi ai partecipanti di recarsi in un luogo non connotato come servizio e, soprattutto, un luogo riconosciuto per il suo valore artistico in cui si entra come attori e oltre che come utenti. I gruppi sono condotti da un cosiddetto maestro d'arte, un regista teatrale e sono sempre presenti operatori che da lungo tempo seguono questa attività e all'interno della quale partecipano attivamente.

Da segnalare, in particolare, la figura del regista che conduce il gruppo teatrale del Dipartimento 1: promotore dell'attività e realizzatore appassionato è riconosciuto da operatori e utenti attori come capace professionalmente ma soprattutto a livello relazionale. Gli operatori gli riconoscono la capacità di saper prendere gli utenti relazionandosi con loro nel modo giusto e gli utenti raccontano di sentirsi accolti con le loro difficoltà (sarebbe interessante un approfondimento specifico sulle figure dei maestri d'arte che non è stato possibile in questa ricerca).

Entrambi i gruppi realizzano rappresentazioni teatrali aperte al pubblico, anche dedicati alle scuole (DSM 2). Questo tipo di iniziative, soprattutto se inserite all'interno di un cartellone più ampio, riscuotono un discreto successo anche se la grossa fetta di pubblico rimane ancora costituita da familiari e amici dei partecipanti.

Per le specificità del lavoro teatrale, il senso del gruppo è molto forte, i componenti raccontano di una forte vicinanza e di una grande condivisione ... eravamo molto affiatati... molto vicini (ut5) che riguarda tutto il gruppo.

Il gruppo A.M.A

Questa attività, osservata nel Dipartimento 1, è ormai consolidata nel tempo con continui cambiamenti, nuovi arrivi e uscite. L'esistenza di questo gruppo è pubblicizzato in luoghi pubblici (Municipio, farmacia...) e chi desidera partecipare telefona ad un numero indicato, viene convocato per un colloquio e poi inserito. Attualmente sono attivi due gruppi con uno o due facilitatori ciascuno, che solitamente richiede ai partecipanti un giro in cui ciascuno racconta come sta in quel momento o come è stata la settimana trascorsa dall'ultimo incontro. Tra i partecipanti ci sono sia persone attualmente in carico ai servizi che sono arrivate al gruppo su suggerimento del proprio terapeuta, sia persone che invece hanno visto la locandina affissa e hanno deciso di partecipare.

I gruppi si ritrovano settimanalmente nel tardo pomeriggio in un locale di proprietà del Comune che ospita numerose associazioni. È il facilitatore ad avere le chiavi della stanza, così i suoi impegni lavorativi possono determinare un lieve slittamento orario. I componenti del gruppo arrivano però solitamente in anticipo e attendono il facilitatore nell'atrio iniziando già, di fatto, i racconti che poi spesso vengono ripresi ad inizio ufficiale del gruppo.

Dopo questa breve presentazione delle attività con alcune informazioni e pratiche attivate, si presentano i racconti di alcuni partecipanti al fine di arricchire il quadro di cosa e come accade all'interno di queste attività.

Dai racconti degli utenti

Per chi non frequenta abitualmente il centro diurno e teme molto la stigmatizzazione collegata a questa frequentazione, questo tipo di attività rappresenta l'unica occasione possibile per frequentare un'attività di supporto.

io sono...un tipo che mi piace fare sport... per cui io fin dall'inizio... l'operatrice che mi ha mostrato vedi le attività del diurno...e l'unicaaaa... eraaa... la ginnastica insomma... poiii... quando avevo i momenti di crisi dicevo sì ma la ginnastica mi fa bene... comunque devo continuare... stringi i denti insomma. (ut8)

Molti utenti hanno infatti raccontato di queste esperienze come possibilità di fare qualcosa che piace loro, li appassiona come il teatro, lo sport... in un ambiente protetto che ti accoglie. Paragonandole ad altre attività simili ma esterne, con nessuna connessione con servizi o associazioni per la salute mentale, attribuiscono alle attività supportate il valore di avere degli interlocutori che sanno accogliere e dare spazio alle difficoltà di ciascuno che diventano così parte integrante della attività (questo tipo di considerazioni si riferisce in particolare ai partecipanti dell'attività teatrale che, per la sua specificità di lavoro su di sé, mette particolarmente in gioco le specificità della personalità di ciascuno).

Sempre da alcuni racconti di utenti emergono descrizioni di queste attività non in termini riabilitativi quanto in termini di attività artistiche o sportive con una loro dignità costitutiva. È come se rappresentassero spazi di (ri)appropriazione di un self sociale grazie all'affermazione di sé come atleta o cantante o attore anche se non in modo esclusivo ma che sentono corrispondere loro.

Quindi partecipare a queste attività significa valorizzare due dimensioni fondamentali:

- la protezione del servizio ma meno stigmatizzante perché meno connotata istituzionalmente;
- la (ri)appropriazione di un self sociale:
 - faccio un'attività sportiva e non faccio un'attività riabilitativa;
 - sono un atleta e non sono un utente.

All'interno di queste esperienze abbiamo anche raccolto testimonianze simili a questa:

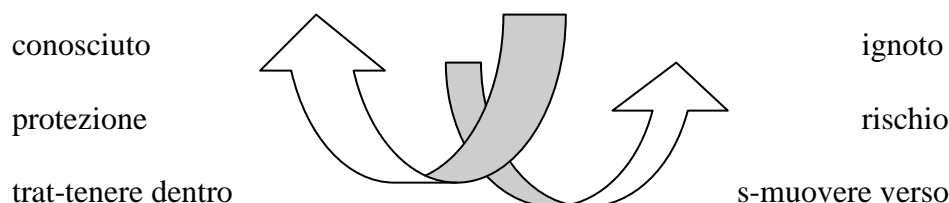
io ho una stima e una devozione proprio per la dottoressa operatore perchè mi ha aiutato molto nei momenti... momenti molto difficili della mia vita... quindi diciamo che ho accettato [il laboratorio teatrale] per far contenta anche lei... per darle la soddisfazione anche a lei... è stato più per dare una soddisfazione a lei che io ho accettato. (ut5)

Tutto il racconto di questa utente parla di un'esperienza piacevole, toccante, che però le ha dato anche molta ansia e molte difficoltà, dice infatti di non averla voluta più ripetere. E ancora, come si legge in un giornalino di un centro diurno:

...non è stato facile per me [parla di una esperienza di soggiorno estivo autonomo] , ci sono stati momenti in cui avrei voluto tornare a casa e altri in cui avrei voluto spaccare tutto... mandavo un messaggio a Bianca [la responsabile del centro] e lei mi richiamava... alla fine ci sono riuscita e sono rimasta fino alla fine. È stata un'esperienza unica che non so se ripeterò, sicuramente è stata un'esperienza che mi ha maturato tanto.

Attraverso questi racconti (che non si utilizzano in sé, ovvero non ci si addentra nella loro valenza terapeutica, ma servono solo come spunti) si vuole tentare di disegnare il movimento che è sembrato di cogliere in alcune di queste attività riabilitative.

Si tratta di un'oscillazione i cui protagonisti possono essere tutti gli attori in gioco nella salute mentale: operatori, utenti, familiari, amici, enti locali, vicini di casa... L'oscillazione si muove con spinte verso l'esterno, il fuori e tutti i suoi significati: ignoto, spazio del rischio, da sperimentare, mettersi alla prova... e spinte verso l'interno, il dentro e quindi la protezione, la cura e il controllo. Così gli operatori e i familiari sono motori di questo movimento oscillatorio, quando spingono, caldeggiando, insistono per (s)muovere gli utenti verso qualcosa e anche quando tendono invece a far rientrare, a con-tenere cioè tenere con sé in un clima protettivo, difensivo nei confronti dell'esterno. E gli utenti a volte favoriscono queste spinte, potenziano il movimento di spinta o di ritorno, a volte li ostacolano in entrambe le direzioni di marcia. Questo movimento oscillatorio si muove così tra il noto e l'ignoto, tra lo spazio conosciuto, ordinato, e lo spazio sconosciuto in cui non c'è ordine ma ci sono opportunità per la ri-generazione:



Dai racconti degli operatori

Emerge come sentano di respirare un'atmosfera diversa, di entrare in contatto con parti diverse dei pazienti

non solo con le sue parti malate ma anche con le sue parti sane (op9)

di ri-appropriarsi della città loro stessi come operatori e di accompagnare i pazienti in questa ri-appropriazione. Gli operatori che attivano e partecipano a queste attività non sempre sono supportati dai colleghi e si ritagliano quindi uno spazio autonomo, quasi distaccato dal resto, in cui fare questa esperienza:

c'era una mia collega... che diceva: ma cosa fate dentro quella stanza [attività motoria] che entrate con una faccia ed uscite con un'altra? e una volta è venuta anche lei e ha detto ah adesso ho capito... quando... lavori con la musica... ti senti proprio diverso e vedi che anche loro [gli utenti] non sanno spiegarselo però... anche per esempio, vai fuori a fare una passeggiata loro [si] esprimono

in maniera diversa... perchè la vivono... come una cosa naturale di amicizia... sono venute fuori di quelle cose mentre cammini in mezzo alla natura da persone che magari qui dentro non parlano quasi mai... (opo16)

Emergono quindi difficoltà organizzative:

il problema sono gli orari... il tempo... le strutture... i costi perchè a volte si dice bhè si fa... ma se non c'è un operatore motivato... (opo16)

ma anche delle soluzioni, degli aggiustamenti nel modo di stare nell'esperienza stessa che si muovono nella direzione della sfumatura dei confini di ruolo, per esempio:

io ero la [presenza] infermieristica diciamo ma poi mi si è cominciato a chiedere di spostarmi da questo ruolo e di partecipare e quindi ho partecipato con loro attivamente [all'attività teatrale]... (opi15)

Quest'ultimo brano permette di introdurre una questione importante che riguarda sia il modo in cui gli operatori per la salute mentale si rappresentano il proprio lavoro, sia la rappresentazione che ne hanno le direzioni generali e sociali dell'ulss, i familiari... Abbiamo accennato prima alla accentuazione che viene data al fare come compiere un'attività, affaccendarsi e anche affaticarsi. Da un lato resta esclusa, come dicevamo prima, la dimensione della riflessione, la possibilità di concedersi e prendersi del tempo. E poi la dimensione piacevole del lavoro che non è compresa, non è sostenuta nè valorizzata ma sopita. Come se la piacevolezza fosse sinonimo di improduttività e quindi del perdere tempo. Molte volte abbiamo sentito operatori raccontare che

se vai a fare il corso di vela con loro [gli utenti], ti dicono che sei andato a divertirti (op14)

oppure, per agganciarci ad un'altra esperienza, di prevenzione questa volta, che impegna operatori di strada con le compagnie di giovani:

il problema è che quando ci chiedono che cosa fate? noi alla fine siamo seduti su una panchina a fumare sigarette con i ragazzi, se guardi ai fatti questo è, non si rendono conto che è così che stiamo creando relazione. (ope17)

Sembra importante sottolineare quanto le esigenze di misurare le prestazioni, di controllare i risultati, porti, non solo nel campo della salute mentale, alla perdita sia della dimensione della piacevolezza e quindi della ri-produzione delle energie che attivano, sia alla codificazione troppo marcata dei comportamenti da tenere e delle procedure da seguire. Anche in questo caso emerge quanto il modo di offrire servizi sia condizionato dalle richieste esterne (delle aziende ulss, degli enti locale, ma anche di alcune associazioni di familiari...) di efficienza, misurabilità, quantificazione... che se esasperate portano al soffocamento delle possibilità creative degli attori.

Rispetto alle esperienze aperte, gli operatori:

- sentono di respirare un'atmosfera diversa in un contesto generativo;
- emergono i rapporti di isolamento o collaborazione con i colleghi;
- si presenta la dimensione del piacere;

- emerge la rappresentazione del bravo operatore interna ma anche esterna all'organizzazione.

Dai racconti degli esterni

Attraverso i racconti delle persone esterne intervistate, si sono individuati due modi principali di partecipare a queste attività, due tipi differenti di aspettative, di motivazioni.:

1) ci si avvicina alle persone con disagio psichico con curiosità/interesse e con una modalità dai toni paternalistici di cura e protezione:

la cosa che mi spingeva [a partecipare a questa attività] era sapere come vivevano loro le difficoltà che avevano, e farli un po' contenti a giocare con noi.
(es2)

L'accento qui è dato alla dimensione altruistica, al fare del bene evidenziando quindi il movimento di aiuto, di aggiunta che l'esterno può dare ad una persona con disagio;

2) a partire dall'amore per lo sport, o il teatro o la musica, ci si avvicina alle persone con disagio psichico mossi, oltre che da curiosità, per coinvolgersi e sentirsi partner nell'attività condivisa per un proprio interesse diretto legato all'attività:

è stata l'occasione per lavorare con delle sensibilità diverse, con persone dalle storie di sofferenza... ed è stato bello, molto coinvolgente... è stato bello vivere questa libertà... e far star bene... [nome utente] per esempio, ha cambiato colore... (es1)

Qui l'accento è invece posto sull'attività, sulla passione per un'arte e quindi sul piacere non altruistico che l'esterno prova nel prendervi parte. Entrambe queste due dimensioni, quella paternalistica e quella del piacere non altruistico sono presenti nei racconti degli esterni intervistati; le differenze tra le persone si sostanziano sulla maggiore marcatura di una piuttosto che dell'altra. Ritorna in alcuni di loro il racconto di un senso di leggerezza e libertà come motivo per avvicinarsi ai matti e continuare a condividere con loro un'esperienza che fa anche i conti con la paura di specchiarsi in loro, di vedere parti di sé stessi. E ritornano anche le difficoltà iniziali:

mi metteva in difficoltà nel senso che non sapevo come comportarmi con loro, avevo paura di come potevano reagire, [però] ho visto che subito sono venuti... a presentarsi, tutti contenti quindi ho visto che alla fine erano come me... non pensavo. (es4)

e ritorna la scoperta di cosa si cela dietro un'etichetta, una camminata goffa con una forte componente emotiva di vicinanza:

riconoscere che loro [gli utenti] comunque sono persone con una loro caratteristica con un loro carattere... più simpatiche meno simpatiche... con i quali ci vai più d'accordo... mentre non so l'impatto... handicappato, una categoria unica e mentre invece come in un gruppo di persone qualsiasi... ti rendi conto che con quello ci vai più d'accordo... questo qua è più simpatico... perchè veramente durante questo tipo di lavoro [attività motoria] vengono fuori veramente delle caratteristiche loro... belle... quello che era fissato... quello che

invece voleva sempre parlare lui... quello che... quindi insomma dei personaggi che avevano delle loro identità. (es3)

Per queste persone ci sono:

- paura di mettersi in gioco;
- scoperta.

L'aspetto interessante di queste esperienze per i sociologi, è che quando il centro del rituale è occupato non più dalla malattia ma dalla specifica attività che si sta svolgendo (dallo sport, o dal teatro, o dalla musica...) le persone interagiscono con questo nuovo centro e l'ordine viene ricostruito per cui si applaudirà chi riesce in quella specialità (matto o sano che sia) e resteranno marginali quelli che non riescono (matti o sani che siano). Detto questo è chiaro che resterà qualcuno che comunque rimane marginale perché oltre ad avere un disagio non è bravo a giocare a calcio, non ama il teatro o è stonato ma si è però creata una possibilità in più per gli utenti, per vivere un'esperienza che mette in gioco le abilità prima inesprese, nascoste o sconosciute.

4. ALCUNE RIFLESSIONI SULLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Durante la presente ricerca si è approfondito il tema della prevenzione attraverso l'esplorazione, in particolare, delle attività che il Dipartimento 4 ha attivato a questo scopo. L'analisi si è poi arricchita con le esperienze anche di altri dipartimenti incontrati, per illustrare nelle pagine che seguono, alcune esperienze realizzate in questi anni.

Tra le attività considerate di prevenzione, comuni a molti dipartimenti, troviamo l'organizzazione di eventi pubblici come cineforum, rappresentazioni teatrali, allestimento di stand informativi durante manifestazioni pubbliche, etc. Questo tipo di attività consiste essenzialmente nell'informare i partecipanti/il pubblico sui servizi di salute mentale (cosa sono e cosa fanno, dove si trovano, a chi ci si può rivolgere...), sulle patologie e, a seconda dell'evento, fare anche sensibilizzazione attraverso discussione, sui film per esempio, circa la percezione dello stigma, le esperienze di malattia...

I dipartimenti realizzano spesso anche attività con le scuole, nelle quali si organizzano attività informative e di sensibilizzazione, oltre che di vera e propria consulenza:

... l'idea è che lavoriamo con i ragazzi offrendogli non solo informazioni ma entriamo per lavorare perché diventino sensibili a riconoscere messaggi di disagio e abbiano contatti con degli psicologi, per accorciare le distanze... la nostra modalità non è solo didattica ma esperienziale e quindi cerchiamo di trovare modalità interessanti perché i ragazzi discutano con noi e tra di loro... (opp20)

Nel dipartimento 4 in particolare, all'interno delle scuole vengono svolti servizi di consulenza sia di gruppo che individuale. La consulenza di gruppo viene richiesta direttamente dagli insegnanti qualora si manifestino difficoltà nella gestione di classi o gruppi di classi. La consulenza individuale avviene invece attraverso dei colloqui individuali a cui alcuni operatori del servizio si rendono disponibili su appuntamento e ai quali gli studenti si prenotano attraverso un insegnante di riferimento o un sistema di prenotazione anonima.

Sempre all'interno delle scuole, il dipartimento 4 ha anche attivato dei progetti di stage da svolgersi all'interno del DSM e un progetto di *peer education* che consiste nella creazione e supporto di gruppi di studenti ai quali è rivolta una specifica formazione, sia informativa che di modalità comunicative. I *peer* costituiscono poi un gruppo di riferimento all'interno della scuola per i propri pari, trasmettendo quindi informazioni ed esperienze.

Il dipartimento 4 completa la sua attività di prevenzione attraverso la costituzione da pochi anni, in collaborazione con il SERT, di un servizio specifico dedicato agli adolescenti. Questo servizio ha diverse caratteristiche peculiari:

- è dislocato sul territorio ed inserito in contesti non istituzionali;
- l'equipe è costituita da educatori, psicologi, educatori di strada quasi tutti al di sotto dei 40 anni;
- buona collaborazione con DSM e SERT che sostengono il servizio attraverso forme di consulenza agli operatori e agli utenti;
- le modalità di accesso e accoglienza:

... questo servizio non è dentro il DSM o il sert, non abbiamo il camice, il ragazzo non è il caso clinico, noi facciamo la diagnosi ma la teniamo per noi, non lo diciamo a lui, non diamo etichette perché poi cosa se ne fanno? Non è proprio un rapporto paritario ma teniamo aperto l'ascolto, la diagnosi c'è ma non è la cosa primaria. Nei servizi c'è più la tendenza a connotare... (opp18)

qui i ragazzi ti mandano un sms al cellulare, o ti fanno lo squillo e li richiamiamo e poi vedi: l'ambiente è carino, è un appartamento in fondo, non è un ambulatorio. (opp19)

Questa particolare modalità organizzativa corrisponde molto, dai loro racconti, agli operatori che vi lavorano:

... sicuramente è un buon punto per partire per un servizio con gli adolescenti che manca perché ci sono servizi molto burocratici, devi avere una certa età, essere di un certo territorio altrimenti non ti prendono... qui riusciamo a prendere situazioni diverse... mi piace! (opp18)

Organizzato quindi con caratteristiche particolari, differenti dagli altri servizi per la salute mentale, questo servizio ha avuto buoni riscontri, l'utenza è cresciuta molto e ha rivelato bisogni e situazioni anche inaspettate:

... ha un buon riscontro e questo è positivo anche se dà un segnale negativo di necessità di bisogni... la cosa che mi muove più dentro sono le situazioni in cui c'è una famiglia che non riesce più a gestire un ragazzino di 15 anni, sono sconcertata quando vedo questi genitori che vedo impotenti, rassegnati rispetto a questo ragazzino che sembra una mina vagante... è una situazione interessante ma inaspettata, i genitori di cui ho esperienza io non hanno capacità di progetto educativo ma che quando dicono una cosa è quella e vedo che questa cosa manca, manca proprio l'abc... (opp20)

Questa esperienza apre le porte dei servizi ad una utenza che sembra non avesse risposte altrove. Un'operatrice racconta di una ragazza che sta seguendo e di come sia arrivata a questo servizio. Seguire questa ragazza ha rappresentato anche la possibilità di sperimentare una modalità organizzativa prevista ma mai ancora attuata:

... per la prima volta abbiamo coinvolto tutta l'equipe e abbiamo chiamato per la prima volta lo psichiatra qui per una terapia farmacologia di supporto, ora è seguita anche la madre... lei si era rivolta ai servizi sociali del suo comune che ci ha contattati perché conosceva questo servizio e poi conosce alcuni operatori, la madre poi ci ha chiamati ed è venuta qui... (opp18)

Questo servizio svolge quindi la sua attività sia all'interno di questi spazi di consulenza/cura del disagio giovanile che nelle scuole - con modalità simili a quelle viste - e all'interno delle compagnie di adolescenti. Quest'ultima attività viene svolta da educatori di strada la cui attività è quella di costruire rapporti di fiducia con i ragazzi che frequentano le compagnie, attraverso la condivisione della loro quotidianità di strada:

... il progetto era stare nella quotidianità con loro... il termine prevenzione... è una cosa su cui mi interrogo quotidianamente se sto facendo prevenzione, educazione... per me significa venire un po' prima ma anche fare in modo che delle situazioni non si cristallizzino più di tanto cercando di cambiare un po' le carte in tavola... ci deve essere una intenzionalità, non so dove ti posso accompagnare ma so che ho una direzione... (ope17)

Chi lavora nella prevenzione si trova a dover gestire una serie di difficoltà che nascono dalla mancanza di strumenti adeguati alla sua misurabilità: *come si definisce l'esito di un progetto di prevenzione?* È molto difficile: i tempi in cui si ottengono dei cambiamenti è spesso molto lungo (particolarmente nel lavoro degli educatori di strada) e quando si incontrano gli studenti delle scuole poi, sapere cosa si è prevenuto grazie a questi incontri è compito degno della "sfera di cristallo". Eppure operatori e amministratori di servizi ed enti locali si trovano a confrontarsi con definizione di obiettivi, indicatori di *output* e di *outcome* che vengono richieste ai primi dai secondi:

I risultati del nostro lavoro stanno nella misura in cui crei fiducia, questo è il risultato massimo ma questo la dirigenza non lo apprezza, nemmeno il comune ma è questo che ci dà la spinta motivazionale ad andare avanti... il problema è che non sei calcolabile... però mi chiedono in base a quanti utenti calcoliamo quanti educatori... poi si rendono conto che mi fanno una richiesta che non è sana però intanto è su quella che basano il mio lavoro... (ope17)

Il lavoro di prevenzione e in modo particolare il lavoro degli operatori di strada, quelli che stanno maggiormente fuori dai canoni previsti, che sono meno controllabili e che lavorano più di altri in modo poco quantificabile, pone il servizio di fronte a questioni urgenti quali il rendere conto delle proprie attività e quindi mostra tutte le funzioni che i servizi tradizionali hanno costruito per dare ordine al proprio agire. Di questo tema se ne è già parlato parlando delle rigidità delle organizzazioni, dei limiti rigidi che si pone. L'esperienza di questo servizio è molto interessante perché nasce già con delle aperture costitutive che nonostante siano riconosciute come valide, apprezzabili ed efficaci, aprono comunque a delle problematiche che riguardano, come abbiamo visto, sia gli aspetti burocratici (la quantificazione del lavoro) ma anche personali, che si esprime attraverso il disagio di alcuni operatori:

... è faticoso, ci sono degli obiettivi... poi ci si scontra con realtà di genitori e ragazzi che magari sono poco motivati, non ci sono i miglioramenti sperati... saltano gli appuntamenti, ti mandano messaggi sul cellulare che non capisci, ti fanno gli squillini e li devi richiamare e subito perché dopo non esiste per loro... arrivo al fine settimana che sono piena e ho bisogno di respirare un

po'... anche in tv, quando vedo servizi sugli adolescenti, cambio (ride)!...
(opp18)

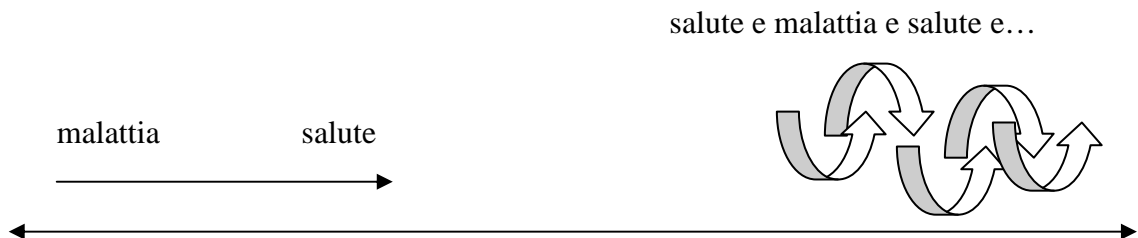
Ed è un disagio che può appartenere anche alla fatica di stare in un'organizzazione più flessibile, meno strutturata in cui, in alcuni momenti, si sente mancare la sicurezza e la tranquillità del lavoro tradizionale in cui la sfera del previsto è molto più ampia. Essere reperibili al cellulare, attraverso squilli ed sms richiede indubbiamente una buona dose di flessibilità e disponibilità non sempre facili in un servizio in cui il coinvolgimento emotivo delle situazioni è comunque forte.

È possibile immaginare che anche i servizi tradizionali adottino alcune delle aperture che questo piccolo servizio dedicato agli adolescenti ci ha mostrato? Ad esempio un numero di cellulare sempre attivo (un DSM incontrato in questa ricerca lo sta sperimentando)...

La prevenzione, in modo particolare, apre gli orizzonti dei servizi verso la comunità attraverso l'intento della realizzazione della salute anche mentale. È attraverso queste attività che abbiamo riscontrato ancora molto poco sviluppate, che lo spazio di incontro tra disagio psichico, servizi e comunità si amplia di orizzonti e/o aumenta di intensità.

5. DUE MODI DI SENTIRE LA SALUTE MENTALE

In conclusione a questa parte riprendiamo ancora l'idea del continuum per rappresentare i modi di sentire la salute mentale rintracciati in questa ricerca. L'utilizzo del termine *sentire* permette di non porre l'accento unicamente alla dimensione cognitiva, del modo di *pensare* la salute mentale, ma anche su quella fisica, dei sensi, che rimandano alle esperienze e alle sensazioni/emozioni. Le immagini poste ora agli estremi raccontano le due forme che consentono di evocare tutte le possibili immagini intermedie che tra i due estremi si muovono



La prima immagine è una linea in cui c'è un verso, una direzione che porta alla progressione, all'evoluzione, mentre andare nel verso contrario significa regredire. Lungo questa linea si collocano strutture in successione tra emergenza - intermedie - verso l'autonomia. Gli attori coinvolti (operatori, utenti, familiari, associazioni...), aderendo a questa visione, guardano sé stessi e gli altri collocandosi/li lungo questa linea e distinguendo quindi i pazienti più evoluti da quelli meno, le strutture di inizio percorso con quelle di fine percorso... In questa logica ognuno occupa una casella del percorso e cioè che è previsto, ciò che ci si aspetta è che ci sia una progressione, un'evoluzione e quando questo non avviene e si ha un inciampo, si fa un passo indietro, questo viene vissuto come un fallimento. Fallimento rispetto ad una aspettativa: che ci sia, reale e percorribile, un percorso malattia-salute. Questo il più delle volte non è consapevole, non è chiara l'aspettativa, non si è consapevoli di averla. Quando si dice con lei le abbiamo tentate tutte o purtroppo c'è il meccanismo della porta girevole qui, speriamo solo che non peggiori ancora si evoca un'immagine di linearità in cui abita, inevitabilmente, la rassegnazione. Perché quando si crede nel proprio lavoro, ci si impegna molto, si fanno delle fatiche e con alcune persone non si raggiungono gli obiettivi sperati, ci si sente rassegnati, stanchi e demotivati.

Naturalmente questa è una situazione estrema ma che può aiutare a rendersi conto di quanto le routine, le parole che si usano e il modo in cui vengono vissute le emozioni, rendano difficile la possibilità di essere generativi.

Quello che accade è che si pre-scrivono delle situazioni, delle forme che ci si aspetta di ritrovare. Così quando non si riesce a trovare una forma in cui inserire una persona o una situazione, si entra in crisi. Per quanto il servizio si differenzi, si arricchisca di nuovi laboratori riabilitativi, ad esempio, nuove possibilità, si rimane

sempre nella condizione di creare delle pre-figurazioni in cui inserire e inserirsi. Si creano soltanto più possibilità per ciascuno di trovare il posto adatto a sé, l'attività più consona, il servizio più adatto, il terapeuta giusto. Anche la modalità di ascolto utilizzata subisce questa idea di ordine e prefigurazione per cui l'ascolto è pre-determinato da ciò che viene previsto, da ciò che si conosce e a cui si sa dare un posto.

Per cercare di rendere più chiaro questo meccanismo proponiamo quello che si potrebbe chiamare *gioco delle categorie*, un gioco che molti degli attori incontrati in questa ricerca hanno fatto e fanno chiamandolo proprio gioco. Abituati a pensare e vivere *con* e *dentro* le categorie ci dimentichiamo quanto possa essere divertente giocarci, con umorismo. Durante questa ricerca alcuni operatori *gustavano* l'incertezza dell'indefinito chiamandola gioco divertente o commentando è bello chiedendosi: sarà un operatore o un utente?, ma quella... è una nostra utente o è (solo) una un po' fuori? oppure ma lui... è uno psichiatra o uno psicologo? giocando quindi nello spazio tra le dicotomie:

normale/matto
operatore/utente

...

Vivere questo spazio fatto di incertezza e di pasticci, di messaggi contraddittori, può essere l'occasione per cogliere aspetti inattesi, mai considerati prima perché abituati ad utilizzare il dato per scontato e la certezza delle classificazioni. E questa è una possibilità per il cambiamento: trovarsi a sorridere nell'indefinitezza della situazione oscillando tra lo stare nell'indefinito e rientrare nel definito, nel noto, può rendere visibili e chiari i confini che abbiamo.

La seconda immagine tenta quindi di rappresentare un altro dei modi possibili di sentire la salute mentale in cui le categorie ci sono, certo, ma c'è un grado maggiore di consapevolezza di esse (grazie alla possibilità che ci concediamo dell'umorismo?) e non solo. Considerare i momenti di crisi come possibili all'interno del percorso biografico (e non solo degli utenti) in cui comunque non si ritorna mai allo stesso punto, in cui si ripresentano situazioni simili, occasioni simili, dinamiche simili ma mai uguali, è forse uno dei modi per uscire dalla linearità. In questo tipo di visione non si tratta di guarire, di seguire un ipotetico percorso che dalla malattia porta alla guarigione, ma ci sono dei movimenti aperti, insaturi, in cui trovano spazio anche le crisi e i cambi di direzione, che aprono a nuove evoluzioni. In questo processo gli operatori sono vigili, con gli occhi bene aperti, come dice Franca Olivetti Manoukian, nello stare del fluire incostante della vita.

PARTE SECONDA

Prendere parola e agire collettivamente
Spunti riflessivi, criticità e punti di forza
sul campo della salute mentale nel Veneto

di Valentina Rettore

1. INTRODUZIONE

In questi trent'anni, a partire dalle trasformazioni introdotte dalla legge 180/78 in materia di salute mentale, sono nate sul territorio - Veneto - una molteplicità di organizzazioni che in varie forme e modi si sono occupate di disagio psichico e salute mentale. Tali organizzazioni con la loro azione ed il loro intervento sulla scena pubblica hanno contribuito a delineare la situazione attuale. In questa parte della ricerca, quindi, l'interesse si è orientato a ricostruire, a partire dal racconto dell'esperienza dei protagonisti, quanto si è andato o meno realizzando in questi anni nella Comunità. Il territorio diventa, in questo frangente, non solo oggetto di intervento dei servizi che in esso si vanno attuando, ma anche soggetto attraverso le azioni collettive di quella parte di società civile che si organizza e prende parola dando vita a forme di *voice*¹ ad espressioni di volontà e di bisogni specifici e talvolta influenzando ed orientando la forma dei servizi stessi.

E' chiaro che avendo la ricerca un carattere esplorativo, l'obiettivo non è stato quello di essere esaustivi rispetto alla totalità delle strutture presenti, piuttosto si è cercato di ascoltare le esperienze che risultavano essere significative a livello regionale, e a queste si sono aggiunte altre realtà appartenenti nello specifico ai dipartimenti scelti per l'approfondimento. L'analisi, qui, condotta permette quindi, non tanto di trarre delle conclusioni risolutive, quanto piuttosto di proporre alcuni ambiti riflessivi su cui sembra essere interessante aprire un confronto comune.

Nello specifico la Comunità è stata qui esplorata attraverso lo sguardo raccolto dalle esperienze di due tipologie di organizzazioni:

- le Associazioni e per l'esattezza quelle di familiari, di utenti e di psichiatri;
- le Cooperative di tipo A e B².

Per quanto riguarda i soggetti intervistati sono stati coinvolti i Presidenti delle organizzazioni o in alternativa, ma di rado, altri soggetti da loro segnalati come referenti all'interno dell'organizzazione stessa.

Lo scenario, quindi, si presenta composito ed eterogeneo a partire dalle tipologie organizzative incontrate, da un lato le associazioni caratterizzate in molti casi da attività iscrivibili nelle modalità di un impegno volontario, dall'altro le cooperative qualificate nell'attività di un impegno professionale. L'unità in tale diversità si muove sullo sfondo, per coglierla bisogna tener presente un livello d'osservazione altro rispetto a quello della forma giuridica e degli obiettivi specifici. L'eterogeneità di forme, infatti, è l'espressione della società civile che in questi anni si è organizzata

¹ Hirschman A., 1982, *Lealtà, defezione, protesta*, Bompiani, Milano.

² Per la precisione sono state intervistate tre associazioni di Psichiatri, cinque Associazioni Familiari, un'Associazione utenti - l'unica esistente nel Veneto - e due associazioni di altra natura che nella loro attività si trovano ad operare nell'ambito della salute mentale in modo non esclusivo, ed in fine sette cooperative.

ed ha contribuito a creare quello che Bourdieu³ chiama un campo di forze, ossia un universo costituito da soggetti, istituzioni, agenti di varia natura che lottano per la trasformazione o conservazione del campo stesso che ne costituisce, quindi, un terreno comune di confronto.

In questo senso ci muoveremo ad un livello *meso* esito dell'intreccio dell'esperienza dei soggetti-individui con le organizzazioni di cui essi sono parte, e vedremo emergere da un lato le specificità e dall'altro gli aspetti comuni dei differenti attori collettivi in gioco. Potremo in questo modo iniziare a delineare eventuali criticità e/o punti di vitalità caratterizzanti il campo di forze esistenti rispetto al disagio psichico e alla salute mentale nel Veneto.

In altre parole qui si tratta di iniziare a dare voce alle differenti rappresentazioni dei soggetti presenti sul campo rispetto a cosa significa operare nell'ambito della salute mentale a partire da differenti posizioni e, accogliendo le voci di ciascun attore coinvolto, cercare di far dialogare tra loro queste molteplici prospettive. Prendendo come riferimento il titolo della ricerca *Disagio psichico, servizi e comunità* in questa parte del lavoro è come se l'accento fosse orientato più verso il terzo termine, ossia verso uno dei modi di essere comunità intesa come società organizzata che *guarda* nel senso di *valuta* e allo stesso tempo *contribuisce*, con il proprio essere presente e prendere posizione, alla co-costruzione⁴ dei servizi. In questo senso, si realizza una modalità coerente con l'idea emersa in questi anni che la salute mentale sia una parte fondamentale del sociale e di come quest'ultimo possa essere considerato una risorsa per la salute mentale. Cercheremo quindi di cogliere difficoltà e buone prassi esistenti nel campo delineatosi nella Regione a 30 anni dalla legge 180/78⁵.

³ Bourdieu P., 1971, *Campo del potere e campo intellettuale*, Manifestolibri, Roma

⁴ de Leonardis O., Emmenegger T., 2005, *Le istituzioni della contraddizione*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», vol. CXXIX, n. 3, pp.13-38

⁵ Nel tentativo di delineare un ambito di riflessione preciso e non cadere nel tranello di ampliare troppo lo sguardo dell'analisi, nel presente lavoro sebbene sarebbe stato interessante non tratteremo né la storia dei servizi, né i percorsi di definizione dell'assetto attuale della rete dei servizi territoriali inerenti l'area della salute mentale, ma piuttosto cercheremo di cogliere alcuni dei tratti che, magari in conseguenza a questa storia, si manifestano attualmente sulla base dei racconti dell'esperienza vissuta dai soggetti intervistati.

2. DI COSA SI OCCUPANO I SOGGETTI ATTRAVERSO LE ORGANIZZAZIONI DI CUI SONO PARTE

Si tratta qui di tracciare alcuni spunti riflessivi rispetto a come i soggetti si rappresentano l'attività in cui sono impegnati, come la raccontano e la descrivono. In altre parole dai racconti dei protagonisti delle associazioni di Psichiatri, dei Familiari, degli Utenti e dalle Cooperative cogliamo quello che Manoukian⁶ nomina oggetto di lavoro, le sue rappresentazioni più o meno esplicite e in questo senso le differenti prospettive, le aspettative, le pressioni con cui i soggetti si presentano sul terreno comune della salute mentale. A partire da queste differenti cornici di senso, come vedremo, possono nascere da un lato alleanze, percorsi ed esperienze comuni e progettualità condivise e dall'altro lato tensioni più o meno dichiarate.

a. Le Associazioni di Psichiatri

Per quanto riguarda le **Associazioni di Psichiatri** emerge come su di esse convergono una molteplicità di figurazioni dell'attività o meglio delle attività che le caratterizzano.

Nell'esperienza di alcuni soggetti emerge come le organizzazioni di psichiatri si trovino all'incrocio di una responsabilità che si muove su un doppio binario: da un lato la cura del paziente, e dall'altro gli aspetti politici relativi al destino dell'identità di psichiatra nella società contemporanea:

... però comunque è importante presentarsi e interfacciarsi con le altre categorie o anche gli stessi psichiatri con un gruppo, un'identità [...] come può essere partecipare alle trattative del tavolo regionale, avere una voce in capitolo cosa che non succede dappertutto, questo in Veneto sembra abbastanza scontato, ma non è che fosse così [...] lo psichiatra deve occuparsi non solo del paziente ma anche come vanno... non dico a livello organizzativo ma insomma anche nelle decisioni che si prendono a livello politico, anche a livello mediatico, prendersi carico di quello che viene detto, la qualità degli eventi formativi che vengono fatti... (I8)

Un doppio fronte nel quale l'organizzazione sembra assumere molto spesso per i soggetti la valenza di strumento identitario e di riconoscimento del gruppo professionale. Comune a differenti associazioni vi è l'organizzare eventi per incontrare e confrontarsi con i propri colleghi ed al tempo stesso per porre in essere azioni come interlocutori sulla scena pubblica delle Regioni, dei media e di altri gruppi di psichiatri e non:

⁶ Olivetti Manoukian F., 1998, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali.*, il Mulino, Bologna.

... i congressi in realtà in generale sono delle occasioni per trovarsi tra colleghi, tra amici, tra compagni di università, di specialità, quindi a volte al di là dell'interesse specifico per l'evento (I8)

... si è praticamente costituita soprattutto come un momento di dibattito forte invitando e rapportandosi con i partiti [...] era importante essere un gruppo che si trovava intorno a qualcosa, quindi partecipava intorno a qualcosa [...] modo di imporre tra virgolette, con un po' di potere riconosciuto, attraverso le proprie pratiche, un cambiamento anche nelle istituzioni oltre che un punto di vista diverso su che cosa fosse la psichiatria. (I7)

Da parte dei soggetti impegnati in queste organizzazioni, in altre parole, viene posta una certa attenzione e assunzione di responsabilità rispetto alle situazioni in cui si crea o orienta la cultura nei termini di cosa sia la psichiatria.

Dall'esperienza dei soggetti intervistati emerge la consapevolezza che l'identità dello psichiatra, affatto stabile e definita una volta per tutte, sia un elemento problematico, in continua elaborazione, transizione e cambiamento nel corso del tempo e dello spazio.

In realtà si occupa della formazione, di come avviene la formazione, [...], di come avviene l'inserimento nel mondo del lavoro, dei cambiamenti dell'identità dello psichiatra nel tempo... (I8)

... andare a parlare a livello nazionale a Roma, [...] ti confronti con altre realtà, convinto che tutti siamo uguali invece a volte non è così, ma nel bene e nel male, penso che è anche un modo per imparare, allora li ti senti di essere uno psichiatra veneto. Senti che comunque dove lavori ha un qualcosa in più per l'individuo, anche se alla fine dici le stesse cose, ma senti proprio che quando ti confronti con altri, che essere e fare lo psichiatra qui lo fai anche così anche perché la realtà in cui vivi è questa... (I8)

... ad un certo punto è diventata una sorta di strumento identitario, cioè: io sono quello che si porta dietro una coccarda alla quale vuole corrispondere e poi interloquisco con gli altri in relazione al fatto che sono così. E rispetto a questo per esempio c'è una grande difficoltà ad interloquire con ... (I7)

Nel corso degli anni, inoltre, si sono formate nuove associazioni o organizzazioni caratterizzate intorno a differenti modalità di pensare e progettare la cura e l'intervento con la malattia mentale.

... è un settore relativamente nuovo perché è abbastanza poco tempo ... ha trovato un suo spazio, una sua identità sempre più precisa e sempre più, per come dire, al passo con i tempi con quello che poi è il livello di conoscenze ed evidenze scientifiche ... oltre il modo di metterle in campo. Per cui è relativamente una disciplina abbastanza giovane, è una disciplina interdisciplinare nel senso che mette insieme professionalità diverse ... in psichiatria non sono soltanto i medici psichiatri ma ci sono anche gli psicologi, gli educatori, i tecnici della riabilitazione, gli infermieri, diciamo che è tutta l'equipe multidisciplinare che ruota intorno ai progetti ... e alle strutture [...] cresciuta con lo sviluppo anche della psichiatria di comunità e con la diffusione delle strutture riabilitative come i centri diurni, come le comunità terapeutiche residenziali e così via [...] è stata la prima che ha aperto la propria iscrizione, la partecipazione alle proprie iniziative anche al

personale non medico . La caratteristica della ... è stata quella di configurarsi fin da subito anche come associazione multiprofessionale ... (I9)

... si è formato un movimento altro che ha iniziato a pensare per la salute che si è costituito in associazione e si è chiamato [...] in cui ci potessero essere tanti soggetti anche che non si riconoscevano in [...] è chiaro che c'è stata un periodo di forte polemica in particolare da parte di certe persone rispetto ad altre... (I7)

In un certo senso la nascita di queste nuove associazioni testimonia i cambiamenti e le trasformazioni in atto all'interno del mondo psichiatrico nelle pratiche e negli orientamenti verso la salute mentale.

In sintesi sembra emergere come tali organizzazioni si propongano e rappresentino dei riferimenti per gruppi di psichiatri. In questo modo vengono definiti comuni orientamenti rispetto alle pratiche e vengono promosse modalità specifiche di formazione professionale. Inoltre esse mettono in campo iniziative rispetto al senso della malattia mentale, ma anche prendono posizione pubblica ed intervengono rispetto alle problematiche dell'assetto organizzativo complessivo dei servizi e delle pratiche in essi attuate.

Ne risulta una pluralità di posizioni all'interno della psichiatria che arricchisce il panorama riflessivo, ma che, talvolta, potrebbe diventare problematica, come racconta un soggetto.

Le faccio un esempio: noi per parlare con gli psichiatri, che facevamo degli incontri programmati ogni tre mesi circa, ci trovavamo a Venezia con la ..., a Verona con la ... non si potevano fare riunioni assieme. Siamo riusciti la prima volta dopo il convegno di Napoli nell'84, quando fra di loro hanno deciso alcuni punti che erano accettati da entrambi. E quella è stata la base. hanno deciso una decina di punti in comune. In pratica: che cosa dividevano? l'esistenza dell'SPDC, la psichiatria territoriale o di comunità, alcune cose di base sulle quali si poteva iniziare a costruire. Nell'89 la regione Veneto ha fatto un progetto obiettivo, quindi immagini quanto tempo dopo. Che servizi si potevano fare nel frattempo? Praticamente niente. Ognuno ha fatto quello che ha voluto o potuto. (I2)

In altre parole sembra che all'interno della psichiatria si sia generato in questi anni un grande patrimonio in termini di riflessioni e saperi differenziati, ma proprio per questo in alcuni casi sia cresciuta di pari passo anche la difficoltà a mettere in comune e a far dialogare tra loro stili differenti trovando terreni di incontro e confronto reciproco. Complessivamente in questa fase risulta laboriosa la collaborazione reciproca tra organizzazioni e soggetti con differenti posizioni, e talora sono segnalate tensioni che sebbene non sfocino in conflittualità aperte, sembrano, peraltro, non favorire occasioni di scambio o riflessività e tanto meno progettualità comuni:

Poi ci sono altre società ma non c'è una comunicazione, ma magari dei colleghi si trovano a frequentarle per argomenti che magari sono argomenti di confine, come nel caso delle demenze, allora si possono organizzare eventi in comune[...] C'è la società mondiale di psichiatria che ha un presidente italiano [...] esiste una società europea di psichiatria. Ogni stato

ne ha una. Anche a livello di informazione io consulto i siti delle singole sedi... (I8)

Io personalmente preferisco interloquire con i sindaci, con gli operatori della comunità che mi offrono delle alternative per le persone, piuttosto che interloquire con altri psichiatri... (I7)

Piuttosto si preferisce attivare una rete di collaborazioni con altre organizzazioni simili che si muovono su piani differenti rispetto all'ambito regionale come ad esempio associazioni internazionali, oppure con altre associazioni di natura difforme come ad esempio quelle dei familiari.

Viene da chiedersi quanto l'eterogeneità esistente, quindi, se da un lato sembra favorire il maturare di una pluralità di approcci, dall'altro, nel momento in cui diviene conflitto o reciproca esclusione e indifferenza, possa implicare la mancanza di un terreno di incontro comune e possa ostacolare una crescita caratterizzata dal rilancio e dalla contaminazione reciproca tra esperienze differenti sul senso e sulle pratiche della psichiatria in questo momento. Un possibile esito messo in evidenza anche da altre ricerche in cui si nota l'emergere di percorsi professionali che "privilegiano approcci diversi alla malattia mentale e che inducono via via il costituirsi di posizioni differenti spesso tra loro poco conciliabili"⁷. Tali differenziazioni possono sfociare anche in separazioni, contrapposizioni tra servizi diversi in uno stesso ambito geografico, ma anche tra parti diverse di uno stesso servizio o tra professionisti di una stessa équipe⁸. In altre parole sembra che nell'ambito della psichiatria si stia affermando una modalità relazionale in cui si tende a fare rete e collaborare tra chi ha una visione del mondo e della psichiatria comune, e diventi, invece, sempre più problematico cogliere spunti riflessivi da chi adotta prospettive vicine ma difformi. Sembra, quasi, che nella molteplicità delle prospettive generatasi in questi anni di trasformazione si tendano a ridurre, invece che ad ampliare i contesti e le occasioni di dialogo e incontro tra differenti approcci e tra le possibili dissonanze nelle visioni di ciò che è malattia mentale ed intervento psichiatrico.

b. Le Associazioni Familiari

Per quanto riguarda le **Associazioni Familiari** nascono come risposta a situazioni di bisogno generate all'indomani dell'approvazione della legge 180/78. Difficoltà e resistenze generano in alcuni casi ritardi, sospensioni, ambivalenze rispetto alla sua applicazione che si ripercuotono, a volte drasticamente, nella vita quotidiana dei soggetti stessi. Chi fonda o partecipa di queste associazioni ha un'esperienza diretta, vissuta sulla propria pelle, di cosa significa vivere accanto e accompagnare sé stessi e l'altro attraverso la malattia mentale. Familiari significa prevalentemente fratelli, sorelle e genitori che vedono l'irrompere della malattia mentale sulla scena della vita quotidiana e provano-riescono ad attivarsi per creare strutture o progetti, fornire risposte, ottenere condizioni non individuali, non

⁷ Brunod M., Manoukian Olivetti F., 2005, *L'organizzazione psichiatrica e i suoi dilemmi*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», vol. CXXIX, n. 3, pp.39-58.

⁸ idem, 48

contingenti, ma generalizzate e continuative nel tempo rispetto alla molteplicità di problematiche che emergono per chi vive con la malattia mentale.

La condizione di emergenza in cui alcuni soggetti si trovano li spinge a superare la paura dello stigma e a prendere posizione pubblicamente nel tentativo, non semplice, di creare reti tra soggetti che sperimentano situazioni simili di vita quotidiana. Nell'ascoltare i racconti delle associazioni di familiari si ha l'impressione di aver a che fare con la punta di un iceberg, nel senso che sono la parte emersa di un sommerso ben più ampio, ma che spesso preferisce stare nell'anonimato e nel silenzio.

... chi non ha un problema grosso, non si rivolge alle associazioni proprio per un problema di stigma. perché rivolgersi alle associazioni significa anche mettere all'esterno il problema, condividerlo con qualcuno che non è un servizio, che effettivamente tu non sai se si dà garanzie di discrezione e quant'altro. (I2)

... i familiari nascondono una realtà di questo tipo per non essere giudicati... E' difficile comunicare con loro. Vuoi fare un'associazione con delle persone? E dove le trovi? Se questi scappano, non comunicano... Se c'è una grossa difficoltà si fa un comitato, un'associazione... qui invece niente da fare è quasi impossibile trovare qualcuno con cui fare n'associazione... E quindi mi sono trovato molto in difficoltà... Se si è in pochi in un settore di questo tipo, per ottenere qualcosa non vogliono più un anno, due anni, ma ce ne vogliono dieci... (I6)

Tutti in varie forme raccontano del faticoso lavoro di fare rete con gli altri familiari, con i servizi, con altre associazioni. Le ragioni di questa fatica a stare insieme sembrano siano da ricondurre sia ad una vita quotidiana già difficile da gestire che negli spazi a disposizione non resta il tempo e neanche la voglia di dedicarsi ancora al problema salute mentale, sia, come abbiamo appena visto nelle parole degli intervistati, al peso dello stigma che ricade sui soggetti coinvolti quando emerge pubblicamente.

Le associazioni stesse fanno fatica in quanto la patologia è pesante, è difficile. [...] Perché le persone quando sono a casa hanno problemi e impegnare altre energie in problemi potrebbe diventare un problema. E poi se non c'è un percorso per cui si crea un'empatia, le persone cercano di restare fuori dalle problematiche quando possono avere un momento di tranquillità. Quindi o l'associazione dà un supporto o fanno fatica le persone che hanno già in casa questa problematica. Quindi la problematica di creare delle associazioni diventa un problema, diventa difficile. Io sono 10 anni che cerco di crearmi un bel gruppo e dopo 10 anni sono riuscito, perché sono riuscito a fare rete. (I4)

Tali organizzazioni sembrano caratterizzarsi prevalentemente nel corso del loro sviluppo secondo una molteplicità di prospettive d'azione.

1. Alcune in un rapporto di sussidiarietà con i servizi tendono a organizzare proprie attività di sostegno ed intervento a chi soffre di malattia mentale o ai loro familiari.

... è così alla persona viene quel momento di riflessione, sconforto, e da sola non riesce a risolvere e se ha una persona, un gruppo il momento passa e superata la crisi riesce a riavere il suo equilibrio. L'importante è dare questo punto di riferimento che non si senta solo, che sappia che c'è qualcuno. [...]L'importante sarebbe che il CSM fosse aperto a questo modo di operare, perché se uno si sente male dove va? Sa che il CSM è la sua casa, il suo punto di riferimento. Invece il CSM funziona su appuntamento non hanno questo tipo di attività perché non hanno risorse, non hanno predisposizione mentale a questo. (I4)

2. Altre ritengono prioritario ricoprire il ruolo di una lobby di pressione politica in modo da garantire la creazione ed il mantenimento di servizi adeguati rivolti alla popolazione.

... l'abbiamo costretta con la forza della volontà iniziative pubbliche ma anche denunce sui giornali grande iniziativa sulla stampa, grande campagna stampa ogni giorno [...] ma con queste iniziative in un paio d'anni, tre anni, sui giornali eccetera intanto i collegamenti col comune, le municipalità avevamo creato una rete di interessi quantomeno di... abbiamo ravvivato la questione abbiamo posto il problema all'ordine del giorno nel territorio e devo dire che non c'era nessuno che non conoscesse appunto la questione della malattia mentale come problema da porre all'ordine del giorno perché lasciato allo sbando da molti da troppi anni ecco... questa è la cosa che abbiamo fatto e questo è servita molto... (I5)

3. Altri ancora forniscono un sostegno ai propri associati nel senso di aiutarli ad orientarsi e ad operare scelte nel mondo dei servizi di salute mentale.

... siamo un centro di informazione se hai bisogno di sapere l'iter, ... se un disturbo si cura qua o là eccetera, [...] corsi di formazione [...] per la gente comune... (I6)

E' chiaro che la distinzione qui elaborata è di tipo analitico e nelle pratiche un'organizzazione può prevedere attività orientate secondo più modalità a seconda della propria evoluzione e anche di come muta la situazione sul territorio. L'elemento comune che sembra emergere tra queste pur differenti linee d'azione è come tutte le organizzazioni di familiari operino in relazione ai servizi. In questo senso appaiono essere soggetti collettivi interessanti oltre che per aver ricoperto un ruolo storicamente rilevante nella realizzazione sul territorio delle strutture, anche perchè continuano ad operare nella situazione attuale nella relazione tra i servizi e le famiglie e in senso più ampio nell'interstizio tra i servizi e la comunità.

Emerge infatti come compiano attività di formazione, auto-mutuo aiuto, organizzano iniziative di sensibilizzazione, lavorano sullo stigma, ossia contribuiscono sul piano culturale a ridefinire cos'è la salute mentale attualmente.

... facciamo una parte pratica che nasce dall'idea del gruppo e può essere: andiamo in montagna, in palestra, facciamo la partita di calcio o andiamo a cavallo, che non vuol dire andare a cavallo ma vuol dire andare all'aria aperta, stare assieme ecc. Quindi c'è una parte teorica e una pratica ma per trovare queste persone che abbiano la capacità di fare questo percorso io vado in dipartimento, parlo con gli psichiatri chiedo se ci sono delle persone che possono essere interessate, facciamo un colloqui poi se queste persone si

trovano bene con il gruppo allora diventa un gruppo di counseling, di autostima e di attività. Se alla fine dell'anno fanno amicizia si crea un gruppo di supporto se poi riusciamo diciamo di andare al gruppo di auto mutuo aiuto dove fanno delle attività. (I4)

... ci rivolgiamo prevalentemente ai familiari quindi abbiamo fatto molte iniziative per aiutare i familiari a superare anche il pregiudizio, lo stigma e così via. Abbiamo fatto degli incontri ancora anni fa, [...] Poi le ultime cose fatte... abbiamo collegamenti con altre associazioni, funzioniamo anche con gruppi di auto mutuo aiuto quindi siamo una associazione ma anche gruppo di a.m.a. [...] quindi cerchiamo anche di creare dei gruppi per cercare di far aggregare le persone. Poi c'è stato un periodo in cui abbiamo fatto attività anche per le persone con problemi di disagio mentale, gruppi per il tempo libero. [...] Poi [...] una serie di incontri di scrittura creativa. C'era una ragazza laureata in lettere che ama scrivere e riuniva questi ragazzi una volta la settimana e proponeva loro degli argomenti e li seguiva nella composizione. Questa scrittrice, porta avanti da tre anni questo, ma ora deve andare via ... e in novembre abbiamo fatto una serie di incontri di poesia cui hanno partecipato dei poeti come momento conclusivo di questa attività. (I3)

E' interessante osservare che nelle loro azioni i soggetti sperimentano e attivano alcune pratiche di cura e sostegno come per esempio la creazione di gruppi di auto-mutuo aiuto, attraverso scelte e orientamenti che promuovono in modo significativo la costruzione del campo della salute mentale. In questo senso le associazioni di familiari contribuiscono al quadro complessivo mettendo a disposizione processi di creazione di capacità e competenze, sensibilità e pratiche a proposito del vivere quotidiano della salute mentale e delle possibili pratiche di intervento con chi è malato o meno.

Dai racconti, come si vede, emerge come percorsi e progetti avvengano in alcuni casi attraverso esperienze di collaborazione con i servizi che si possono identificare nei termini delle buone pratiche nel senso che quando si realizzano innescano circoli virtuosi di sostegno e riconoscimento reciproco.

Principalmente noi abbiamo con l'associazione dei familiari, che è una cosa altra, questa associazione dei familiari con la quale collaboriamo [...] quella che è, diciamo nella nostra zona, con la quale collaboriamo ed abbiamo collaborato da tempo nell'organizzare, nel fare progetti, anche nell'aver un'attenzione particolare anche al sostegno dei familiari e da un po' di tempo abbiamo realizzato un gruppo abbiamo contribuito a creare un gruppo per i familiari che si ritrovano con una continuità e poi sviluppa una propria progettualità, però, sono questi i contatti prevalenti con l'associazione gruppo familiari e con l'associazione... (I9)

... devi chiederlo all'ussl, è il direttore dell'ussl che dice va bene il progetto mettiti in sintonia con il direttore del dipartimento. (I4)

... a un evento che si chiama Le Parole Ritrovate. L'iniziativa è partita da Trento dal dipartimento di psichiatria, e ogni anno si fa lì l'incontro nazionale. (I3)

A fianco ai racconti di collaborazioni attivate nel corso degli anni, emergono però anche esperienze che lamentano la fatica ad essere ascoltati sebbene esistano

luoghi istituzionali previsti per la partecipazione, oltre all'esistenza di tensioni con alcune componenti dei servizi.

Queste riunioni erano seguite un po' dal primario dell'epoca, del dipartimento [...] si collegava alle iniziative del primario perché [...] era arrivato questo primario nuovo, abbastanza giovane che aveva poi creato il centro diurno e siccome sembrava una persona molto aperta, [...] all'epoca aveva stabilito una relazione molto buona con il primario e siccome non avevano una sede il primario dava loro la possibilità di riunirsi ma c'era anche lui che partecipava, seguiva e fissava un po' le date. Dopo qualche anno la relazione con il primario si è incrinata tanto è vero che [...] non si è più riunito nella sede del dipartimento ma ha cercato una sede diversa. [...] Si è incrinato perché ad un certo punto c'erano state delle risposte ad altre esperienze di altri famigliari, anche abbastanza drammatiche, da parte del primario che noi non trovavamo affatto condivisibili. (I3)

E' possibile che dove vi sia stata una storia difficile per la realizzazione delle strutture e vi siano state conflittualità pregresse, uno dei possibili esiti in questo senso sia che le associazioni sentano di agire in un continuo stato di allerta dovuto alla sensazione di dover costantemente vigilare sull'esito dei percorsi e delle modalità messe in atto dai servizi.

mah il rapporto con i servizi per noi è stato molto conflittuale per gli anni passati...mooolto conflittuale e adesso abbiamo trovato una situazione di quadro... non siamo più conflittuali collaboriamo e però appunto siccome in tutta l'intervista ho anche evidenziato che noi siamo costantemente vigili... noi abbiamo dato fiducia condizionata (sorridente)... eh signori a noi va bene no? voi avete la volontà di fare io ho la volontà di fare ci misuriamo ogni giorno sulla volontà di fare sui risultati. (I5)

D'altra parte alcuni soggetti delle associazioni famiglie raccontano del continuo lavoro per istituire un rapporto dialogico di ascolto reciproco anche in presenza di tensioni.

No, a parte questi casi noi abbiamo sempre cercato la collaborazione [...] ma noi, anche se ci sono stati momenti di tensione, abbiamo sempre cercato la collaborazione perché alla fine i nostri ammalati hanno bisogno delle strutture. [...] Nel senso che magari c'erano momenti in cui notavamo un venir meno di quello che noi ci aspettavamo ma abbiamo sempre cercato un dialogo. Ci sono stati dei momenti... una volta ... ricordo, [...] Ma poi abbiamo cercato di recuperare, di fare altri incontri e di mediare.

In questo quadro, come abbiamo detto all'inizio, emerge la punta di un iceberg e resta da comprendere come sia l'esperienza di quelle famiglie che non si riconoscono o semplicemente non aderiscono alle attività promosse dalle associazioni. Quest'ultima tipologia di famiglia, ad esempio, può essere coinvolta singolarmente in esperienze di collaborazione con i servizi attraverso progettualità specifiche. In questo senso la collaborazione tra servizi e famiglie, può assumere e generare differenti forme di coinvolgimento sia dei singoli, sia dei soggetti collettivi come le associazioni.

In fine, sempre per quanto riguarda l'oggetto di lavoro ossia come i soggetti si rappresentano l'attività che svolgono e di conseguenza cosa mettono al centro del

loro interesse, colpisce come in certi casi, proprio a partire da un profondo coinvolgimento alcune associazioni familiari nominano o identificano il loro oggetto di lavoro proprio con il malato mentale che chiamano “nostro paziente” o “nostro ammalato”.

Il problema della guarigione non rientra tra i loro obiettivi. infatti è difficile da raggiungere. O all'interno di un servizio c'è una relazione terapeutica con il paziente che arriva per cui qualsiasi operatore giri è in relazione terapeutica con questa persona o non si possono fare miracoli; perché lo psichiatra per quanto bravo dovrebbe essere un padre eterno per potere in 20 minuti, mezz'ora al mese curare una persona con una psicosi. Dipende anche dall'entità, per carità, è che ai servizi arrivano le patologie più gravi con le persone che hanno meno supporto familiare sotto molti aspetti. Perché una persona con una patologia più lieve, già inserita socialmente e lavorativamente, riesce a farcela anche con un'assistenza di questo tipo, un colloquio ogni tot. faccio fatica a crederlo ma può darsi. Ma i *nostri pazienti* che arrivano al servizio pubblico, che hanno problemi famigliari, che sono ammalati da chissà quanto tempo, che non hanno risorse personali né sociali, e se le avevano le hanno perse perché quando hai un figlio adulto che ti si ammala, perde il lavoro, perde le relazioni: tutta la famiglia è bloccata. (I2)

abbiamo sempre cercato la collaborazione perché alla fine i *nostri ammalati* hanno bisogno delle strutture.(I3)

L'associazione interviene in caso nella fase in cui la persona ha fatto questo tragitto. Non è che... noi non interveniamo prima perché siamo al tavolo del consiglio di dipartimento, ma noi non facciamo patologia. (I4)

Come vedremo più avanti parlando dei servizi, il fatto di criticare o al contrario di essere coinvolti in alcune pratiche di cura e di porsi come interlocutori dei servizi può, in alcuni casi, creare un'ambivalenza nel modo di concepire il senso del proprio oggetto di lavoro. Portatrici degli interessi dei familiari, allo stesso tempo le associazioni familiari possono considerarsi anche portavoce dei soggetti sofferenti di malattia mentale, e in altri casi, come emerge dai racconti, porsi nei panni degli psichiatri stessi definendo i malati mentali come i “nostri pazienti”. Ci si può allora chiedere se il manifestarsi di tale ambivalenza o la sua esistenza a livello latente non tenda ad occultare possibili divergenze esistenti all'interno delle relazioni tra familiari, tra familiari e utenti, tra familiari e psichiatri o tra le stesse organizzazioni che sulla scena pubblica danno voce ai familiari, quelle che danno voce agli utenti e quelle degli psichiatri.

L'interrogativo che ci si può porre e che ritroveremo anche in seguito è se non vi sia un modo per far emergere l'ambivalenza e renderla propositiva cercando ad esempio di realizzare luoghi e forme di ascolto reciproco differenti rispetto alle esistenti e di creare scambi che proprio a partire da piani differenti - non collusivi - mettano in comune punti di vista ed esperienze difforni che possano reciprocamente attivare riflessività sulle proprie pratiche.

c. L'Associazione Utenti

Per quanto riguarda l'**Associazione Utenti**, l'unica presente nel Veneto a differenza di altre regioni in cui tali organizzazioni sono più numerose, si potrebbe dire che nasce per dar voce a chi voce non ne ha sulla scena pubblica. E' il cammino più complesso incontrato in questa ricerca e in questo senso interessante perché si intrecciano percorsi di *empowerment*, di auto-mutuo aiuto con forme di *voice* pubblica osteggiata e non riconosciuta.

L'associazione opera all'interno di un Centro Diurno e i suoi soci collaborano per la realizzazione delle attività che vi vengono svolte. In particolare si realizzano dei laboratori il cui senso sembra emergere come significativo al di là della realizzazione di prodotti finiti, ma per il percorso che nei laboratori si concretizza.

Che cosa farebbe con delle persone che sono in casa alloggio, che sono terapizzati fortemente? Come fa loro ritrovare quel sé che si è perso un attimo nel momento della crisi? Lei come farebbe. Li farebbe passeggiare, star seduti in una stanza, farebbe loro ascoltare musica? Si fa tutto questo in più si fa cucina, tessitura, danza terapia. Arriviamo quasi a 25-27 laboratori. [...] intendendo arte terapia che poi diventa arte vera e propria con la pittura ma anche con il computer che l'als ha rinnovato. Perché sono importanti i laboratori, [...] perché vengono svolti e poi mentre si svolgono le persone vengono osservate da un'equipe che raccoglie tutta la storia delle persone. Così ci muoviamo in modo di dare una storia alle persone in modo che la persona si riconosca nelle proprie parti di scissione. [...] Anche perché il problema che può andare dall'usare un computer, a fare delle decorazioni è che una persona verifica che può tornare ad essere autonoma in ambito artistico. Una persona verifica, vede, anche con momenti di abbattimento perché non sempre riesce. [...] Ma anche l'esperienza di poter sbagliare. La dimensione del disagio mentale è proprio tutta: ma tu non sei come gli altri. chiamiamolo stigma o quello che vuoi. [...] Io non sono bello, io prendo dei farmaci e non sono. Non sono. Prendere contatto con quelle parti che diceva ... vuol dire ricostruire questo... sì, si crea una catena di collegamento. Anche con la psicologa, si cerca di mettere insieme una catena che possa mettere assieme una storia di una persona. La storia della diversità sentita è molto presente. Si trovano infatti a lavorare se sono riusciti ad accettare una propria diversità. Ci sono delle persone che [...] hanno trovato una strada. (I11)

L'oggetto di lavoro che si manifesta fin dall'inizio nell'intervista sembra sottolineare come, sebbene vengano considerate come rilevanti anche le attività in se, l'attenzione sia sempre rivolta al piano relazionale orientato mettendo al centro la biografia come ricostruzione di un percorso, come possibilità nella propria vita di attraversare molteplici fasi, di errare appunto, restituendo un senso di unità alla molteplicità delle esperienze vissute. Le attività dei laboratori collettivi sembrano essere quindi occasione fondamentale per la realizzazione di processi di *empowerment* e richiedono di essere finanziate dalle strutture pubbliche.

Nel senso che già da un po' di anni a questa parte noi non abbiamo ancora capito bene il meccanismo economico ma sta di fatto che una volta venivano presentati i progetti del centro, con una parte di spesa e i progetti venivano

finanziati e il finanziamento e l'attivazione di laboratori partivano praticamente subito con l'anno che entrava. Da un po' di anni a questa parte vengono attivati i laboratori con un lasso di tempo non indifferente. Infatti tuttora siamo senza laboratori. [...] in realtà non ci sono. Il maestro d'arte era una figura molto importante all'interno del laboratorio. Primo perché ha tutte quelle nozioni tecniche specifiche di seguire il laboratorio e anche di organizzare il laboratorio stesso ma poi ci sono anche altre problematiche. Che il personale non è a livello ottimale, o è andato via e non è stato rimpiazzato. Poi c'è il problema che ci sono delle persone anziane che frequentano il centro e che hanno bisogno di essere trasportate quindi venire per quell'ora e mezza c'è bisogno di due operatori che vengono... (II1)

Come abbiamo visto l'esito di queste pratiche sta nella possibilità che la propria diversità venga riconosciuta e accolta soggettivamente attraverso percorsi comuni.

Viene da chiedersi cosa succede di questa diversità per quanto riguarda il suo riconoscimento pubblico cui accennavamo prima. Ci soffermeremo su questi aspetti, non perché altri siano meno rilevanti, ma possiamo ipotizzare che i modi di inclusione o esclusione di tale associazione, essendo una dimensione innovativa nel panorama dei servizi, almeno per quanto ci è dato di sapere, esprimano uno dei punti di arrivo e quindi, si potrebbe dire, di partenza della cultura attuale rispetto alla salute mentale.

... Allora visto che ci sono state queste lettere e che le risposte non ci sono state, ad un certo punto abbiamo iniziato con un gruppo di mutuo aiuto, in cui una fetta abbastanza larga di utenza ha iniziato a esprimere la propria voce. [...] Dopo di che un gruppo di utenti, di persone si sono costituiti come associazione onlus con problemi burocratici cui non eravamo né pronti, né preparati [...] Ma partendo dall'assunto che noi non avevamo una voce, noi abbiamo deciso in maniera assembleare di costituire una associazione come utenti. [...] Noi siamo stati ammessi al CdiD tramite invito non convocazione, se lei va ora a parlare le diranno certo che possono parlare, ma abbiamo dovuto fare fax e domande [...]. Ora siamo invitati senza diritto di voto e parola. Ci viene concessa parola previa richiesta ma non possiamo votare. Ci sono tutte le coop, le parti sociali, le associazioni. [...] ma per lo meno io penso che abbiamo diritto ... visto che è in gioco la vita delle persone pensiamo che le persone possano dire la propria sulla propria pelle anche se sono dei matti, o qualificati tali. [...] Nel senso che ci siamo trovati a dare voce agli utenti della psichiatria. (II1)

Pare quindi che l'inclusione degli utenti come soggetti protagonisti sulla scena pubblica delle istituzioni rovesci completamente la prospettiva normalmente adottata per attribuire senso al mondo. Chi è oggetto di cura e di intervento diventa soggetto portatore di una propria visione che, legittimata nell'*agorà*, può contribuire a ripensare e riprogettare i servizi ed gli interventi in ambito di salute mentale.

Sembra si tratti di accogliere un cambiamento nel modo di percepire il mondo e di entrare in contatto tra esseri umani, quello che Bateson chiamerebbe un cambiamento di punteggiatura o di interfaccia nelle relazioni non solo individuali, ma anche collettive.

E' possibile allora che a trent'anni dalla legge 180 e all'inizio di un nuovo secolo, dopo che l'Italia ha promosso nel mondo occidentale un mutamento radicale

come quello della chiusura dei manicomi, oggi si possa iniziare a riflettere sul riconoscimento del diritto di cittadinanza e di parola, anche se sono dei “matti”, a chi per molto tempo è stato messo in un mondo a parte e le cui parole sono state sentite prevalentemente come manifestazioni di patologie ed in funzione della diagnosi e della cura.

Siamo tutti anche malati. Sembra che i malati sono una categoria e i sani un'altra. Invece in realtà non è così. Prima di tutto perché tutti possiamo ammalarci in qualsiasi momento, secondo perché tutti noi abbiamo un handicap di qualche tipo e delle doti, delle capacità in altri campi. Questo mi pare che invece spesso viene dimenticato. Si categorizzano le persone. (I7)

Una delle cose che mi ha sempre colpito in realtà quanto chi ha lavorato decorosamente con queste persone, i malati di mente tra virgolette, quanto abbia ricevuto da loro e non si rende conto.

Cioè noi abbiamo dato qualcosa, delle chance ma quello che abbiamo dato si è moltiplicato in una ricchezza di rapporti, cioè l'affettività che io ho trovato in persone che hanno avuto storie pesantissime di questo tipo non l'ho trovata mai. (I7)

Sembra quasi che, parafrasando un modo per identificare alcune forme di malattia mentale, l'ascoltare le voci plurime, anche quelle dei matti, implichi in pratica un cambiamento di livello nell'epistemologia con cui si sta in relazione con la malattia mentale, ossia una messa in discussione delle modalità, delle premesse implicite con cui si guarda a questo mondo. Una trasformazione che a trent'anni dalla legge 180 sembra rappresentare in un certo qual modo una frontiera, un orizzonte di senso incerto e problematico sul quale riflettere.

Ci si può allora chiedere quanto la possibilità di accogliere il diritto di parola, di ascolto e di azione in altri termini il riconoscimento del matto o di chi viene considerato tale come detto nell'intervista, potrebbe significare da un lato far saltare i confini della normalità, della salute, del benessere così come tendiamo a definirli - ad esempio come contrapposizione, in negativo rispetto a ciò che non è malato- , e dall'altro lato potrebbe significare aprirsi alla possibilità di scambi e relazioni reciprocamente arricchenti.

L'interrogativo che si apre è quanto la vicenda dell'associazione utenti manifesti le contraddizioni ancora esistenti e latenti nel campo della malattia mentale, lanci una sfida aperta a nuovi modi di costruire relazioni e agire per chi opera nel campo stesso a vari livelli. In fine il rifiuto ad includere l'associazione a pieno titolo nelle sedi decisionali pone un punto di domanda rispetto a quanto esso non sia forse il possibile sintomo di come in parte possano esistere forme di rigetto e stigmatizzazione anche da parte chi, occupandosi di salute mentale, in altri ambiti lavora per il superamento dello stesso stigma.

d. Le Cooperative

Per quanto riguarda le **Cooperative** emerge un'ambivalenza rispetto a come viene rappresentato l'oggetto di lavoro.

Da un lato, infatti, alcune cooperative, nel racconto delle loro attività, pongono al centro una dichiarazione, ossia la cornice di senso da cui partono ed entro cui si

muovono. Tale orizzonte di significato può essere rappresentato dalla *mission* della cooperazione sociale in generale oppure da progetti di tipo educativo-riabilitativo, di ergoterapia e di cura in generale talvolta ideati, voluti e posti in essere dai soggetti stessi.

c'è... la mission della cooperazione sociale in generale a livello diciamo costituzionale a livello di intenti diciamo è quella di essere a servizio dei bisogni della comunità e quindi questo insieme di persone preparate che hanno interesse a prendersi carico di alcune problematiche creano appunto un ... praticamente questa forma civica che è la cooperazione sociale. [...] allora gli scopi sono chiaramente di curare tra virgolette anche se poi il termine curare bisogna capire...ha tante derivazioni insomma [...] per riabilitare le persone che...e quindi persone che sono dentro un circuito cioè un circuito di psichiatria...cercare di toglierli da questo circuito per rimmetterli nel tessuto sociale e allora qual è diciamo...la cosa la facciamo...naturalmente abbiamo una comunità alloggio che è una struttura che è protetta 24 su 24 e poi il passaggio in appartamento...protetto che invece chiaramente ha delle fasce scoperte e le persone sono al massimo 4 persone...sono molto capienti dentro...e da lì tentare tutti gli agganci con il territorio di origine per cui da quell'esperienza lì rimmetterli nel tessuto diciamo...di origine...tramite appartamenti popolari tramite un rientro in casa... (I13)

Affianco a questo primo livello dichiarativo sul senso dell'attività svolta emerge un altro livello nei racconti che dice in modo indiretto del lavoro concreto che si realizza nelle cooperative. In alcuni casi ad esempio, l'attività pratica consiste nel gestire le emergenze, la quotidianità, le relazioni, i percorsi. Soprattutto gestire l'incertezza, la parte imponderabile della vita che a volte ti fa sentire come se fossi sempre in trincea, ma anche evita il *burnout* ossia attraverso la percezione di una propria crescita in termini di competenze, di un proprio contributo nelle relazioni e nelle pratiche, evita la disaffezione, la perdita di senso rispetto al proprio lavoro, un fenomeno di cui parla anche Manoukian rispetto alla relazione con l'oggetto di lavoro. In altre parole emerge una parte di lavoro molto spesso non concettualizzata teoricamente, né nominata, ma narrabile.

... sì nel senso che una parte del lavoro in comunità è imparare anche a gestire i ragazzi e gestire anche le situazioni di emergenza [...] sì di far fronte a situazioni perchè alcune delle situazioni sono senz'altro situazioni di emergenza e... di urgenza in cui i ragazzi hanno bisogno di essere contenuti... hanno reazioni anche forti che possono anche spaventare una persona che non è mai stata a contatto con questo tipo di utenza [...] per esempio entrare in ufficio e spaccare tutto quello che uno si trova...intorno...letteralmente spaccare lasciare nulla dietro di sé... quindi ci sono situazioni in cui senz'altro uno non deve andare in panico tenersi calmo e capire qual è la cosa più giusta da fare nel più breve tempo possibile... e questa è una cosa, poi c'è tutta una parte di imparare ad evitare che queste cose succedano e quindi di come dare i messaggi giusti come avvicinarsi in certi momenti come avvicinarsi in altri poi è anche vero...quando ha significato tenere una regola quando ha significato anche scavalcarla perchè in quel momento è più importante magari l'incolumità...la serenità del gruppo del ragazzo... poi se qualcosa deve succedere succede e poi scattano

delle volte dei click per cui vedono nero e c'è sempre anche una crisi... però il fatto di imparare appunto dall'esperienza come si gestiscono queste situazioni come si riescono anche a trattare... i ragazzi per entrare in relazione per... per legarli a sé in modo tale che si crei un buon clima all'interno della comunità...è importante... è stato per me quando ho capito anche la cosa che mi ha fatto rimanere... per tanto tempo... (I12)

... l'accettazione della malattia ricostruzione un po' della stima del sé e... lavoro sulle ansie, sulle angosce, sui vissuti così... attività riabilitative all'interno della comunità.. .che vanno dal semplice sonno-sveglia guarda che sono le 11 vai a letto guarda che sono le 7 alzati è mattino perchè tante volte ste persone dormono durante il giorno e stanno svegli di notte... cioè robe normali che si tenta di regolarizzare cioè... di giorno se mangiano seduti a tavola... stai qua... poi se non hai voglia di mangiare... cioè che uno che non ha un parente un amico così che ha problemi di salute mentale che non vive... no ghe crede a ste cose... però son cose che ti dico...bhè in comunità ghe zè colloqui psico-terapici terapia di gruppo... così attività che possono essere gestione del tempo libero, gestione dei soldi, pulizia della persona, l'impatto con l'ambiente, quindi con il territorio, l'andare a fare la spesa accompagnarlo a fare la spesa... (I13)

... ghe zè una parte imponderabile dea vita che no zè ponderabile ... cioè punto ... capito? ...facciamo tutta una serie di ragionamenti di pensieri di condivisione su come riuscire ad ... accogliere meglio le sofferenze di sta persona ... bon c'è una parte imponderabile ... imponderabile cioè se uno sta sempre bene non ti dà adito a scoprire certe cose ... si sveglia una mattina e se butta sotto al treno cioè ... non è che puoi, capito?... cioè ti dispiace però ... cioè son ste cose qua che insomma... cioè il lavoro in psichiatria zè un lavoro in trincea [...] Eh nel senso che sei sempre lì... sei sull'imprevedibilità cioè non è un lavoro... che ti dà sicurezze tra virgolette devi essere sempre lì, a modellare spostare essere flessibile accorgerti accogliere cioè devi essere sempre attento a ste cose qua ... (I13)

L'interrogativo che si affaccia diventa allora se oltre alla cornice di senso teorizzata inizialmente sul piano dichiarativo sia possibile rendere visibili, riconoscibili ed apprezzabili per sé e per altri i percorsi e le pratiche sperimentati quotidianamente.

Le attività che svolgiamo. Nel momento in cui siamo entrati anche in meccanismi di produttività e anche di verifica, si è creata la necessità di affinare delle attività ricreative. Per un anno abbiamo condotto un gruppo uno io e uno la mia collega, abbiamo fatto un gruppo di discussione ed è andato bene. [...] E' partito come gruppo di discussione che come gruppo faceva fatica ad avviarsi perché erano abituati a venire qui e sì mostrare abilità rispetto a certe cose da fare, ma a parlare solo se si creava amicizia con qualcuno. Invece con l'andare del tempo molti si sono esposti, magari proponendo determinati contenuti,[...] altri come un ragazzo affetto da schizofrenia molto forte è coscientissimo. Lui lo dice io sono schizofrenico. Tra l'altro molto buono, molto dolce. Una cosa molto bella legata a un singolo utente, che è questo ragazzo, è che questo ragazzo con la sua gentilezza, con la sua simpatia è riuscito a farsi tollerare da tutto il gruppo e a fare in modo, inconsciamente ovviamente, che il gruppo tollerasse dei

comportamenti assurdi perché ha delle allucinazioni visive, uditive, psichiche molto forti, molto disturbanti. Ti dice, fortunatamente è un tipo comunicativo e ti dice: io vedo gli extraterrestri che scendono giù, ho paura che mi portino via e ne parlava anche al gruppo. Un gruppo così numeroso tende a ignorare, invece il comportamento precedente della fase buona, ha creato un comportamento talmente buono che si accettava perfino che si spegnesse la radio. Una cosa importante [...] la radio era una cosa tassativa. Per questo ragazzo era una cosa altamente disturbante perché attraverso radio e tv lui sentiva queste voci minacciose. È stato bravissimo lui a tollerare questo tipo di suoni, ne sentiva la musica ma nel periodo nero si doveva stare attenti. Nel momento di crisi in cui vede questi extraterrestri, questi soldati ... (I14)

Soprattutto se le esperienze in cui si maturano competenze e capacità restano su un piano individuale e di inconsapevolezza senza la possibilità di divenire occasioni di riflessione comune, di progettualità e messa in comune delle buone pratiche sperimentate nei propri ambiti lavorativi generando così conoscenza collettiva.

3. UNA VIA DI INCONTRO CON LA COMUNITÀ: IL LAVORO

Hanna Arendt in *Vita activa*⁹ afferma che nelle società moderne occidentali il lavoro è una dimensione centrale non tanto per la sua produttività quanto piuttosto perché esso è stato elevato a categoria ontologica positiva, ossia caratterizzante l'essere umano in quanto tale distinto, ad esempio, dall'animale. Di fatto molte delle riflessioni recenti mostrano come il senso del lavoro stia cambiando e come questa sua centralità assuma significati differenti e talvolta strumentali rispetto ad altre dimensioni esistenziali come ad esempio il tempo libero e la possibilità di fare ciò che piace, la realizzazione di sé.

In questo senso la dimensione lavoro assume una valenza piuttosto complessa e ambivalente rispetto al mondo della salute mentale, esso rappresenta un possibile canale di relazione con la comunità. Inoltre può diventare un problema conservare il proprio ruolo per chi un lavoro ce l'ha e avere accesso ad un impiego per chi un lavoro lo vorrebbe. Di fatto il lavoro sembra costituire una sfida aperta come vedremo dai racconti.

Sembra emerga dai racconti la sensazione che l'essere privati o non avere accesso ad un lavoro inteso come occupazione remunerata significhi mettere in crisi uno dei capisaldi della cultura occidentale su cui si fonda il rispetto di se stessi e dell'altro, un elemento spesso non dichiarato, ma dato per scontato e proprio per questo così profondamente centrale nella costruzione di un sentimento di normalità e anche di appartenenza alla comunità come si può evincere in differenti modi dalle prospettive fenomenologica di Schutz e etnometodologica di Garfinkel¹⁰.

... io da quando lavoro in cooperativa vado fuori più spesso; e gli altri ma come? adesso che hai meno tempo vai fuori di più?. ma adesso quando vado al caffè, posso offrire anch'io il caffè agli altri e quando mi chiedono cosa faccio, dico che lavoro in cooperativa. L'acquisizione di un ruolo sociale è chiaro che ci mette in una posizione paritaria con gli altri; che quando ti chiedono tu hai 35 anni cosa fai?, non faccio niente, sono a casa, è chiaro che uno si ritira socialmente. e quindi il ruolo sociale è assolutamente indispensabile per recuperare la propria vita in una condizione di normalità e di scambio con gli altri perché sennò hai isolamento. (I2)

Ti racconto la soddisfazione di un altro: [...], che è stato preso in carico dai servizi, che da anni lavora in imprese private per la raccolta di rifiuti. Una volta abbiamo perso l'appalto, e con i salti mortali siamo riusciti a far assumere almeno qualcuno dei nostri dalla ditta privata e lui chissà che fine avrà fatto, ora sarà in pensione. Questo aveva avuto una situazione di collasso familiare, tentativo di suicidio, [...]. Questo racconta: siamo negli anni '80, io andavo al bar, mi reggevo appena in piedi, tutti mi prendevano in giro, gli altri avevano finito il turno in Z, avevano una vita normale, io avevo perso qualsiasi riferimento. Adesso, nella seconda metà degli anni '80,

⁹ Arendt H., 1958, *Vita activa*, Bompiani, Milano.

¹⁰ Cfr. La Mendola S., 2007, op. cit.

quando la Z è [...], sono tutti in cassa integrazione, sono operai con nessuna qualifica, non sanno cosa faranno dopo, vedrai che tra un po' vengono a fare domanda da noi. Io ora entro dentro, mi appoggio al bancone del bar, mi prendo un caffè decaffeinato e li prendo in giro dicendo Cambiata ora la situazione, eh? Quello che viene dalla cooperativa di matti si può permettere di pagare da bere. Questo se vuoi è un caso che mi è rimasto moltissimo. Sembrava il ragazzo selvaggio ma in mezzo ai campi diventa [...] un docente universitario conosce tutti i nomi delle piante e ne sapeva più lui ... di quando l'altro ne sapesse in latino. Uno di quelli che come si dice Quando morirà sparirà un intero vocabolario locale. Questo se vuoi è uno dei tantissimi casi che ti dimostra la validità di questa esperienza, pur con tutti i difetti, con tutte le pecche eccetera.(I18)

Ha ricominciato a studiare. Si è laureato nel 2003 poi ha trovato molta difficoltà nel momento dell'inserimento nel mondo del lavoro. Altro momento di difficoltà ma lui adesso è una persona normale, cioè normale... è sempre seguito ma riesce a fare molto. (I3)

Il problema del lavoro, tematizzato, direttamente o indirettamente in numerose interviste, in modo tutt'altro che univoco sembra evocare una molteplicità di significati tra loro anche contraddittori. Un elemento che sembra emergere in modo trasversale è che la produttività rappresenta - proprio come evoca Arendt - l'occasione, l'aggancio per affrontare altro, ad esempio relazioni, percorsi, scelte politiche e di comunità.

... ci sono degli enti che dicono che loro pagano per l'inserimento ma non deve essere fatto in territorio comunale, non lo voglio vedere in giro, non espongo la mia popolazione sull'inserimento lavorativo di questo. Portatelo via. Io spendo ma gli effetti positivi portali pure in un'altra collettività, portatelo via. Perché io non vado a fare una campagna elettorale dicendo che ho speso dei soldi per questo qui che in paese ha una cattiva fama. (I18)

Modificare questo ha significato portare in qualche maniera anche a non dico alla fiducia delle persone, ma a imparare che determinati meccanismi dovevano essere di rottura. Dopo di che sempre all'interno della scuola c'erano dei mocci belli interi. Siamo arrivati, c'era da pulire e io ho chiesto a lei Come lo facciamo?. Lei va a prendere un secchio, uno spazzetone, e parlo di corridoi enormi, quindi una follia prende il secchio e degli stracci, e alè inizia con questo spazzetone. Io ho tentato di dire che forse non era il modo migliore. Ma il manicomio aveva insegnato loro che quello era l'unico modo per affrontare quel tipo di problema, non ce n'erano altri. Quindi questa è stata la fatica più grande. Le parole non sono mai servite. Mi sono resa conto che le parole non servono. Dopo un paio di giorni ho preso il mop (grande moccio professionale) e le ho detto da qui a qui lavi tu da qui a qui lavo io. Lei una fatica enorme, piena di sudore, io ci ho messo un quarto d'ora lei dopo un quarto d'ora era ancora all'inizio e dopo un'ora e mezza, mi ha guardato e mi ha detto Domani mi insegna a usare il mop? Questo per capire quali meccanismi c'erano all'inizio che erano di estrema paura di affrontare quello che era il nuovo. (I15)

Allo stesso tempo in altri racconti emerge come il lavoro non ha un'importanza in sé, ma come contesto esperienziale e relazionale, ossia occasione per fare

esperienza, uno dei possibili percorsi di relazione - modi di stare in relazione - con gli altri.

La cosa è questa. Il lavoro viene visto come una panacea di determinate situazioni, ma non sempre è una panacea, spesso non lo è perché una persona che arrivi a una attività lavorativa che non ha avuto tutto un percorso all'interno del centro che vengono poco o tanto se non hanno fatto un percorso di empowerment di accettazione, di assorbimento alle situazioni esterne, l'esperienza lavoro diventa una situazione difficoltosa. [...] può anche essere pericoloso per la persona perché dal punto di vista emotivo si può morire. Questa è la grossa diversità nel riuscire ad andare nel mondo del lavoro anche incontrando le crisi. Questa persona per esempio, aveva dei problemi nel posto di lavoro, veniva qui al centro diurno, era molto aggressiva, però questi aspetti della persona sono contenuti in un ambito di raccoglimento delle parti della persona. (I11)

Come dice l'intervistato, il contesto di lavoro può anche essere pericoloso per la persona perché dal punto di vista emotivo si può morire, ovvero il lavoro può essere visto non necessariamente come una panacea, ma per alcuni può rappresentare una sofferenza.

L'interrogativo che ci si può porre è allora se e come ha senso sostenere percorsi di lavoro? Cosa si intende oggi quando e se si parla di ergoterapia per esempio rispetto all'attività realizzata da alcune cooperative? Se in alcuni casi non sia possibile immaginare soluzioni connesse all'organizzazione di attività di altra natura e forma come, per esempio, mette in evidenza l'esperienza dei laboratori cui si riferisce anche la parte di Alessandra Carraro nel presente rapporto.

In altre parole si potrebbe dire che allo stato attuale il lavoro appaia più come una frontiera su cui ci si sta misurando, un terreno di sfida tuttora aperto. Si potrebbe parlare allora di un tasto dolente? Nel senso che esso rappresenta una dimensione ambivalente carica di aspettative e desideri, ma anche caratterizzata da delusioni e frustrazioni come dicono i soggetti; evocativa di diritti di cittadinanza e appartenenza, ma allo stesso tempo ambito di competizione e drastica selezione - come mostra l'esperienza delle cooperative -, ritenuta fonte di inclusione e passaggio all'autonomia, ma in molti casi pratica di esclusione.

Un'altra drammatica cosa è che noi avevamo Villa P. Quindi la Villa permetteva un grande lavoro rispetto al sociale. Abbiamo lavorato lì 10 anni. Hanno deciso dopo 10 anni di darlo al C, un raggruppamento di imprese di tutti i beni culturali d'Italia o in alcune regioni decidono di affidarsi a questo ente. È entrato un consorzio Pirelli. Io cosa ho fatto? Ho tentato di tenere comunque le persone in stato di svantaggio legate a me, ho detto Andate comunque a fare due orette di là e poi vi do un'altra occupazione all'interno dell'O. Le persone in stato di svantaggio hanno durato 6 mesi. Sì, sono licenziate. (I15)

Sembra emergere che, se da un lato il posto di lavoro rappresenta una dimensione stabilizzante e integrativa nella biografia di un individuo, dall'altro lato ci si possa interrogare rispetto a come il lavoro può o meno essere inclusivo. Quando diviene una fonte di senso biograficamente significativa per il soggetto? Quando

diviene espressione di sé? Quando diviene strumentale, con lavori fatti per necessità e perché sembrano non esserci alternative possibili?

Si, sono licenziate. Perché è subentrata una impresa profit cui non interessa per nulla l'inserimento del lavoro, hanno preso l'appalto alle stesse nostre condizioni, quindi c'erano le condizioni per tenere queste persone. Questo è stato un posto perso, un posto in cui i processi di supporto e di inserimento erano fondamentali per poter avviare tutta una serie di altre autonomie. Queste sono sconfitte micidiali. Poi grazie a Dio siamo riuscite a reintegrarli all'interno dell'appalto dell'USSL 13. Ma la gente, i comuni non si rendono conto che alla fin fine questo ritorna indietro come un boomerang. Anche con una persona normodotata se domani arriva un dirigente nuovo, ti sconvolge la vita. qui oramai telefonate di questo genere è all'ordine del giorno, l'ufficio personale oggi è tempestato di situazioni di disagio incredibili, di persone di 50 anni che hanno perso il posto di lavoro e che pensano che la cooperazione sociale possa essere un baluardo in cui possano essere ascoltate. Perché? Perché a 50 anni sei troppo giovane per andare in pensione ma troppo vecchio per entrare in un'impresa. (I15)

Le questioni economiche e di stigma fanno sì che gli inserimenti ci siano ma non siano tali... (I4)

Queste esperienze di inserimento, ma anche di lavoratori in genere che si trovano nelle strettoie del mercato, aprono interrogativi rispetto a quanto la dimensione organizzativa del mercato e dei luoghi di lavoro nella nostra società manifesti rigidità. Non è forse che le esperienze qui raccolte tendono semplicemente a far emergere processi che avvengono nelle nostre società in cui sempre più si demanda alla comunità e in ultima istanza ai soggetti singoli di fare conciliazione, di fare da camera di compensazione per le resistenze e le storture del mercato del lavoro?

Se lei si rompe una gamba e si assenta dal lavoro e ha bisogno di certificati da parte di reparti di ortopedia, non le succede niente. Ma se una persona che lavora, ma ha dei momenti di disagi, di pesantezza, di disagio e presenta un certificato che è stato visto da uno psichiatra al lavoro, non è la stessa cosa. Lo so che c'è la privacy ma nelle segreterie amministrative poi le cose girano. La prima cosa che viene detta... perché la questione dello stigma c'è sia da un lato che dall'altro. (I11)

In questo senso, come abbiamo visto emergere anche dalle analisi di Carraro, più che il lavoro in sé è preferibile parlare di come per i soggetti sia significativo partecipare di un'attività nella quale emerga il contributo del singolo a partire da un suo sentire ed anche il riconoscimento di una soggettività che si esprime in contesti collettivi, nella quale essere protagonisti, creatori di nuove modalità relazionali e in alcuni casi, come visto, di realizzazione dei servizi.

L'esperienza dalle cooperative che svolgono la loro attività nell'ambito dell'inserimento lavorativo da lunga data sembra mettere in evidenza alcuni elementi interessanti rispetto alle sfide che l'entrata nel mercato del lavoro porta con sé.

... i miei contenuti, sono buoni, quindi qualità, serietà, buoni miei prezzi sono buoni, perché siamo comunque nel mercato, quindi conosciamo i prezzi. È difficile però. Noi stiamo cercando di mettere assieme questi due

mondi [...] per cercare di mettere insieme le parti ma io credo che la cosa debba essere un po' più politica. Se non si mettono le grandi teste a tentare di dire di aprire il mondo e dire che la cooperazione sociale può dare delle risposte è difficile. E' difficile che io singolarmente, ... riesca a scardinare quello che in tanti anni si è consolidato. Si sentono anche casi che vanno sui giornali tipo l'hotel che ha dato la lavanderia alla coop sociale x, fa uno scalpore enorme sui giornali perché sono casi sporadici, poi io dico che anche le Asl dovrebbero incentivare queste cose... (I15)

In questi trent'anni tali cooperative hanno visto cambiare notevolmente lo scenario da una fase in cui vi era un'ampia disponibilità di risorse da investire nella creazione di occupazioni ad una fase di risorse scarse con restringimento drastico dei mezzi e, di conseguenza, anche delle occasioni.

... sei chiamato a uno standard di imprese mentre a suo tempo mi ricordo che c'era un elargire di possibilità lavorative per queste persone che non avevano limiti. Oggi non esiste più questa cosa. Io ricordo al centro civico di C, mi ricordo che c'erano 30-40 ora al giorno per pulire un centro civico. È ovvio che la risposta era una risposta non delle pulizie ma dare lavoro alle persone in stato di svantaggio. [...] La difficoltà più grande è stata quando da questo grande elargire di consapevolezza che la cooperazione sociale svolgeva un ruolo fondamentale nel recupero delle persone in stato di svantaggio, questa dinamica, questa politica non è più stata propria. In teoria la malattia non è di destra né di sinistra, non lo è la malattia psichiatrica ma anche tante altre malattie più importanti e troppo spesso gli appalti sono rimasti legati a quello che poi era l'ideale politico e quindi tu non ragionavi per processi e quindi per valutazioni di risultati ma se quella persona era molto sensibile avevi l'appalto, se quella persona andava in pensione, cambiava ruolo e subentrava una persona che non gliene poteva fregare di meno perché non era mai venuta a conoscenza di metteva in discussione il lavoro di anni. (I15)

Nei racconti si sente, senza dubbio, l'amarezza e delusione per le occasioni perse, sconfitte micidiali in cui processi di supporto e di inserimento fondamentali per poter avviare tutta una serie di altre autonomie viene messa in crisi. Viene da chiedersi quanto con queste esperienze interrotte e cancellate da difficoltà economiche e scelte politiche non si corra il pericolo di perdere e sprecare anche il sapere relazionale e di intervento maturato nel corso di questi anni Sono pensabili forme di riflessività comune che permettano di rendere visibili questo sapere per farlo diventare patrimonio riconosciuto e problematizzato collettivamente nel campo della salute mentale?

Io a suo tempo però ero stata coinvolta con una persona che da 10 anni non usciva dalla porta di casa per paura del contatto con l'esterno. Piano, piano con il coinvolgimento della famiglia ecc è riuscito ad uscire. Veniva un'oretta, un giorno la settimana in Villa Pisani. Veniva si chiacchierava si stava assieme, faceva amicizia con le ragazze, il lavoro si fermava per tentare di coinvolgerlo. Questo per sei mesi. Dopo sei mesi ha chiesto lui di poter fare qualche cosa, di sentirsi utile. Allora abbiamo detto che si fermasse più di un'oratta. Gli abbiamo dato piccoli compiti. Questo percorso è durato 3 anni. Questa persona veniva regolarmente 3 volte la settimana e

faceva 4 ore al giorno per un totale di 12 ore lavorative la settimana. Questa è stata una grande vittoria. Questa persona che non usciva di casa, è riuscito a creare delle amicizie, ad imparare a fare un lavoro, perché alla fine sapeva pulire. Poi si è stufato e aveva deciso che voleva di più. Voleva occupare tutta la giornata. Noi gli avevamo insegnato questo, che era importante uscire di casa, creare relazioni. Oggi questo ragazzo non lavora ma frequenta un gruppo di lavoro chiamiamolo, ma ci sta tutta la giornata. È un laboratorio protetto in cui lavorano il legno e lui ci va tutti i giorni e si fa le sue otto ore fino alle quattro del pomeriggio questo è quello che può essere ridare dignità a una persona. Perché fondamentalmente è questo che noi facciamo. Ridare sicurezze, autonomia, questo è stato un processo che è durato tre anni non un giorno. Il lavoro più grande lo ha fatto proprio la caposquadra di Villa Pisani. (I15)

Una grande vittoria quella realizzata nei percorsi all'interno di alcune cooperativi in cui si è riusciti a ridare dignità alle persone, a far apprezzare loro lo stare insieme ad altri. Soddisfazioni, riuscite esito delle pratiche messe in atto nella vita quotidiana in molti di questi contesti in cui si sono trovate soluzioni creative sul piano relazionale e non solo, ossia si sono sperimentate soluzioni e modalità nuove di dare risposte ai problemi.

La più grande soddisfazione è stata nel comune di M dove è arrivata questa persona timida, estremamente timida, molto imbarazzata ma aveva delle grandi capacità ma molto chiusa. È entrata in un gruppo di lavoro, circa aveva 22 anni, persone mamme che si sono presi cura di lei, non tanto dal punto di vista professionale perché il tirocinio di 9 mesi l'abbiamo interrotto dopo 20 giorni perché abbiamo visto che le sue capacità di lavoro erano molto alte più di una normodotata, quindi in famiglia gli avevano insegnato bene cosa era la pulizia, l'ordine. Quindi abbiamo lavorato più sul contatto umano e questo ha permesso che nel giro di due anni ha ricominciato a studiare, perché lei aveva espresso il suo sogno di diventare una OSS quindi di aiutare le persone anziane o che soffrivano. È stata aiutata e supportata dalla cooperativa e oggi lei lavora agli AA e fa il lavoro che ha sempre sognato. Quindi questo è stato un altro grande percorso. Questo per dimostrare che non ci si ferma lì. Uno avrebbe potuto dire che una così brava non va via da qui invece abbiamo sollecitato tutte le parti perché lei raggiungesse il suo obiettivo. (I15)

In queste situazioni si sperimentano forme della socialità, ossia modi di fare socializzazione che è possibile dislocare in altri ambiti di vita sociale. Come mostra anche la ricerca di Cardano¹¹ sull'inserimento lavorativo in aziende che avevano assunto pazienti con la legge '68 si è realizzato per tutti i dipendenti un clima organizzativo migliore. Come emerge dal racconto successivo, tali esperienze rappresentano buone pratiche da cui prendere spunto per riflessioni comuni che modificano l'esistenza nei luoghi di lavoro:

¹¹ Cardano M., 2005, *Lavoro e disturbo psichico a Torino*, Rapporto di ricerca, Progetto Alphaville, Dipartimento di Scienze Sociali e Cardano M., Negri L., 2006, *Les salariés handicapés psychiques ou l'expérience de la diversité dans l'entreprise*, in «Pratiques en santé mentale», n. 4, pp.17-24.

In quel caso, fanno l'appalto e mancano di aggiungere una trattativa politica sociale. [...] Mi sono presentato dritto la tavola della mensa che aveva preso l'appalto: Dove diavolo è il responsabile assunzioni? Mi trovo lui che sta mangiando con il sindacalista V che aveva collaborato a questo [...]! Ho detto ho 20 persone, oggi pomeriggio le uccido? Cosa devo farne? E lui: Ho ancora 20 posti ma devono saper fare i carrellisti. Tutti i trenini che escono dalla cucina. Io ho detto i nostri fanno già questi lavori. Sono tornato in coop e ho detto, dato che solo 2 facevano in realtà quel lavoro, ho detto in maniera più da ruspante che da... insomma da lavoratore di bracciantato, ho detto ci sono 6 posti, tu, tu, tu e tu che siete quelli che possono resistere e adesso tu ti pigli quell'altro e gli fai scuola guida, perché il lavoro inizia la settimana prossima. Devo dire che non erano i sei meglio. Devo dire che erano tutti e 6 inserimenti escluso uno che era un ex carcerato, [...] Allora piglia questi 6 e quelli che sapevano dovevano insegnare agli altri, vi ritengo responsabili, vi vengo a prendere a casa se questi non sanno guidare! Una settimana dopo tutti e sei hanno iniziato a lavorare. Qualcuno è ancora lì da allora, altri poi si sono cercati altro e sono stati assunti con contratto normale. I nostri sono entrati come qualificati, perché nella lista dei raccomandati non erano riusciti a trovarli. Sono entrati come conduttori, non come lavapiatti. Se uno sbaglia una curva non è come un disastro ferroviario ma come un disastro di tir. Bene, li abbiamo fatti assumere. Tutte le volte che l'abbiamo spuntata non è stata caritativamente ma dicendo L'ultima carta che ci rimane da giocare sul tavolo è che noi non dobbiamo considerare che sono svantaggiati, li mandiamo per qualificati. E siamo riusciti a entrare laddove il normale mercato con tutte le sue porcherie non riusciva a entrare, gli mancava la capacità di gestire i trenini. E devo dire che è stato anche questo episodio di mutualità interna, tra vari soggetti, la cooperativa fa passare me e io faccio da maestro, da tutore all'altro. Queste sono tutte cose, se si vuole, che uno può avere assorbito in cooperativa, ma non possono essere state imposte istituzionalmente, uno era diventato così, un piccolo tutore di altri. (I18)

Viene da osservare come la fase di restrizione delle risorse ha comportato anche il passaggio dalla sfera pubblica a quella privata e quindi un'entrata sul mercato privato delle cooperative che prima avevano come interlocutori privilegiati gli enti locali. Si potrebbe allora chiedersi se questo tipo di esperienze non solo consentano di trovare soluzioni nel fronteggiare nuove problematiche, ma contemporaneamente sembrano lanciare esse stesse una sfida al mercato sia nei termini di capacità di inclusione e flessibilità, sia nei termini di costruzione di relazioni significative. In questo senso l'interrogativo che si pone è, sino a che punto in questi anni siano stati messi in atto dispositivi, spazi di riflessione, forme e strumenti per sostenere e utilizzare al meglio tali esperienze di trasformazione? Come sta avvenendo il cambiamento rispetto agli anni passati? Cosa si sta realizzando? Sembra essere richiesto quindi uno sforzo di comprensione e progettualità comune.

... ma la vera risposta è questa: se siamo esistiti e ci siamo sviluppati è perché contraddittoriamente con la nostra *mission* di partenza, abbiamo dimostrato capacità di flessibilità assolutamente uniche. Se ci fossimo tenuti sulla rigidità del servizio sanitario pubblico: C'è una difficoltà, fermiamoci ci riuniamo e la esaminiamo, ci avrebbero spazzati via subito dicendo che eravamo una massa di rompicoglioni sfaccendati. Viceversa il dato di

successo nostro è stati di avere in qualche maniera gestito il tutto in movimento ossia aver dato risposte terapeuti contemporaneamente alle risposte produttive, accettando la sfida di quelli che sono stati questi ultimi 30 terribili anni, di questi che ti demoliscono qualsiasi dato di certezza. (I18)

Se ci facciamo la coop una degli alcolisti, una degli psichiatri, una dei tossici non sciogliamo mai la corda infatti le coop monotematiche non recidono mai di solito il cordone ombelicale. (I18)

In conclusione come abbiamo già accennato le trasformazioni avvenute sembrano correre il pericolo che le esperienze maturate nell'ambito della cooperazione in questi anni vengano cancellate, perse insieme agli individui che le hanno realizzate, e dall'altro lato che le sfide aperte non vengano sostenute nel momento in cui le nuove condizioni vengono accolte e prendono la forma di possibili opportunità. Nelle cooperative sociali che si basano su un mutualismo tra diseguali ad esempio, come abbiamo visto, ci sono persone che hanno sofferenza psichica e persone che hanno altri problemi tra cui si realizza *empowerment* nella reciprocità e molteplicità delle condizioni. Ci si potrebbe chiedere allora se nel corso di questa riflessione sul rapporto tra comunità e lavoro con al centro la malattia mentale l'elemento su cui porre attenzione e che sembra emergere come centrale, sia legato ai percorsi relazionali cui diamo vita nella nostra quotidianità e, alle sfide che in essa prendono forma e di cui il contesto lavorativo è una delle tante occasioni, più che al lavoro in quanto tale come dimensione rigida a sé stante.

4. IL VICINO DI CASA E IL 'VILLAGGIO'

Sul territorio l'apertura di una comunità, di un appartamento, di un centro di salute mentale può creare sovente alcuni problemi con la popolazione locale, il quartiere, la via, i vicini di casa in altre parole. Tali reazioni andrebbero interrogate e comprese rispetto a quanto significano e se sono sintomi di qualcosa, ma di cosa? Quali riflessioni aprono rispetto a come in questi anni si è andato articolando il rapporto della comunità con la malattia mentale? In questo senso viene da chiedersi quanto pesi ancora una cultura stigmatizzante che nella modernità continua ad agire nelle vesti del "vicino di casa" che si organizza e si oppone alla comunità terapeutica, come alla discarica o all'antenna. Le esperienze raccolte nel corso delle interviste, in questo senso, mostrano che viene compiuto un'importante opera di mediazione in queste situazioni. Una buona pratica che produce esiti positivi di collaborazione ed apertura tra la comunità di malati mentali e la comunità nelle vesti del vicino di casa.

cosa che sta avvenendo anche adesso: ogni volta che apri non so un appartamento protetto in un condominio succede la stessa cosa anche adesso. lo stigma esiste alla grande, ce l'abbiamo dentro tutti, a cominciare dal malato e dalla sua famiglia. È dentro ciascuno di noi. (I2)

morale della storia dopo 2 mesi di diffidenza... no i zè più i matti ... Antonio Luisa Giacomo... cioè integrazione totale... c'è di più...il vicinato iera i primi che interveniva se ghe iera se vedeva problemi... per cui acquisisci l'integrazione [...] cambiamento dell'opinione della società civile capito? e grande botta [...] de entusiasmo e abbattimento del stigma... anche perchè se el toso gà problemi noialtri rivemo e [...] ghè semo no zè che te apri...e poi è più facile che una persona faccia casino se non è seguita...una persona normalissima che ha un nucleo malato interno che...non è seguita da nessuno zè più facile che esploda lù che esploda una persona che è seguita ... (I13)

Si potrebbe allora dire che la paura, il rifiuto, lo stigma verso il matto connessi alla dimensione dell'incertezza del non sapere cosa può accadere, cosa possa fare, vengono meno quando si è accompagnati nell'avvicinarsi a "l'imprevedibile matto". Si può ipotizzare allora che l'incontro con la malattia mentale è come se ci riportasse continuamente alla dimensione del *limen* di Turner¹², ossia dell'indistinto, il momento in cui tutto si confonde e perde la sua forma e quindi tutto è possibile. Questo fa ancora paura, nella nostra società dove abbiamo imparato che l'indistinto è immondizia¹³. Il matto che non si sa cosa possa fare, di cui non si conoscono le reazioni diventa una minaccia al nostro ordine. Eppure come affermano in molti soggetti, in differenti modi, sono una minimissima parte i crimini compiuti da malati mentali e spesso sono poco gravi.

eh nel senso che il matto zè sempre un matto qualcosa da evitare... da avere paura... non è mai visto come una persona... Cioè... la follia è all'interno

¹² Turner V., 1982, *Dal rito al teatro*, il Mulino, Bologna.

¹³ Douglas M., 1966, *Purezza e pericolo*, il Mulino, Bologna.

dell'esser umano... come la ragione... però vedere il matto è come vedere un po' quella parte nostra che noi non accettiamo oppure non vogliamo vedere... però questo qua teo fè pianin piano con l'azione formativa ... gli appartamenti... molte cose zè cambià però zè... veramente bisogna stare un po' attenti...c'è ancora... un po' sto stigma... sì arriva da una tradizione millenaria in cui il matto... lo mettevano dentro [...] dopo capita che il fratello o il figlio la figlia gà problemi mentali... e ora te cambi completamente position... te diventi el primo te difendi te porti avanti i diritti ste cose qua cioè...tante persone non fanno stì interventi qua uno perchè hanno paura due perchè non hanno esperienze dirette capito? (I13)

Diventa allora interessante osservare che come avviene anche per altri pregiudizi la possibilità del contatto diretto, dell'incontro permette in alcuni casi di superare lo stigma, di dissipare il pre-giudizio appunto, il giudizio formulato prima dell'esperienza diretta. In questo senso diventa fondamentale come viene gestito il contatto, ma anche la creazione di occasioni in cui sperimentarsi reciprocamente spezzando l'isolamento che caratterizza l'esperienza della malattia mentale.

... tre vogliono andare a Madrid, hanno i soldi e vanno a Madrid. anche questo è lo stigma, sennò dove lo combatti. Ho visto l'anno scorso a Jesolo, sono andati con un furgone, senza scritta e niente, però hanno chiesto come mai sono stati accompagnati. Perché non avevano i mezzi, cosa dovevo dire? Perché sono matti? Al campeggio non hanno combinato niente; per loro è stata tutta una situazione di ansia e difficoltà senza operatore, però ce l'hanno fatta. (I4)

... quindi la gente ci vedeva tutti i giorni andare avanti e indietro a lavorare, pitturare, sbiancare, grattare, scrostare e così sia, e la frase fatidica è stata questa: ma scusa quali sono quelli sani e quali quelli malati?. e lì si è smorzata l'opposizione. [...] si erano rotti i rami degli alberi, era caduto di tutto, la strada era tutta ingombra; vedo tutti i vicini, io mi fermo e ha detto cos'è successo? non vede che le stiamo pulendo la strada per domani. lì c'è stato proprio il momento in cui ci siamo sentiti accolti e io veramente questa cosa ce l'ho nel cuore; è stato un momento bellissimo. siamo del gruppo e lì c'è stata questa festa bellissima, sono venuti in tanti. c'è stato un momento in cui non c'erano i matti, i sani, i buoni, eravamo tutte persone che cercavano di darsi da fare, per vivere meglio, per trovare modi di stare bene [...] poi venivano i ragazzini a giocare a pallone perché avevamo un bel giardino. abbiamo cercato di migliorare perché era una scuola elementare vecchia. quando c'occorre andiamo a prendere il limone, o lo zucchero dalla signora, lei viene da noi, uno scambio molto tranquillo, da buon vicinato. (I2)

L'incontro con il vicino di casa, come pure la possibilità di lavorare con le scuole, con ragazzi e ragazze giovani, l'apertura in termini di occasioni di vicinanza e convivenza diventa fondamentale per creare percorsi e culture in cui le differenze si giocano a partire da uno spazio comune. In questo senso apertura e inclusione assumono un significato differente e di ampia portata culturale nel momento in cui aprono alla possibilità di costruire modi di convivenza comune. Va precisato però che in queste esperienze non si tratta solo di giustapporre, ma a fare la differenza nella riuscita di quelle che possono essere riconosciute come buone pratiche è il lavoro relazionale, di sostegno e di mediazione compiuto dai soggetti coinvolti come

ad esempio gli operatori, ossia un lavoro di sensibilizzazione, gestione delle emozioni e formazione sul campo. In questo senso le recenti vicende di vicinato riportate da giornali e mass media in cui a partire da condizioni di normalità si scatenano sentimenti distruttivi di intolleranza verso modalità di vita e visioni del mondo differenti dalla propria¹⁴ dovrebbero far riflettere sui processi malati che intessono la trama e l'ordito del tessuto della nostra normalità.

In altre parole, nei processi di restituzione al territorio, queste esperienze possono rappresentare delle buone pratiche per la gestione dello stigma cercando di trasformare la rappresentazione sociale del matto che in parte ancora agisce a livello latente.

Eh madonna! Secondo me siamo indietro come... la gente non sa cos'è. Si può far tutto se si parla di risorse, della comunità, ma se la gente continua a pensare che il malato di mente è quello che ammazza la moglie non arriveremo mai da nessuna parte. [...] Perché la massa ma anche la mia collega che magari lavora in pediatria non sa che cosa è la malattia mentale, non sa che cosa è lo psichiatra che cosa fa, in che cosa consiste la possibilità che si possa curare la malattia mentale, che non è un'aberrazione, non sapendo questo quando inizi a parlare di chiusura del manicomio, di progetto sul territorio, parli in arabo. È per questo che non mi stancherò mai di parlare perché si deve spiegare alle persone che il malato di mente è una persona sfortunata che si è ammalata e deve essere curata il più presto possibile. Ma se non spieghi che la malattia mentale è una malattia incurabile, e una aberrazione, una cosa da non vedere non voterà mai chi ti dà le risorse, non favorirà mai l'inserimento nella comunità vicino a casa sua, l'inserimento lavorativo, che sono la base, l'inserimento del paziente nel territorio con gli altri. (I8)

Come hanno mostrato gli studi di Farr, Moscovici¹⁵, quando una rappresentazione sociale viene prodotta essa resta presente a livello latente nella comunità pronta ad essere utilizzata nello stesso modo anche molto tempo dopo essere stata concepita. In altre parole sembra ancora aperta la questione rispetto al comprendere come la rappresentazione classica del matto e le risposte relazionali elaborate collettivamente siano ancora attive, rimaste inalterate a livello culturale e continuino a produrre i loro effetti, oppure come si siano trasformate e adeguate alla nuova situazione:

Il manicomio non è solo un luogo. Quante volte avrà sentito questa casa è un manicomio, soprattutto se si ha un bambino piccolo. Il manicomio è qualcosa che è anche dentro. È l'impossibilità di avere la propria autonomia, l'impossibilità di avere una dignità, l'impossibilità di avere i giusti mezzi di sostentamento, l'impossibilità di avere una vita propria. (I11)

... è difficilissimo perché abbiamo lo stigma, non abbiamo risorse, non possiamo andare a lavorare per le difficoltà che occorrono, impegniamo molte risorse. Io ho dovuto cambiare casa... è difficile ma alla fine siamo noi che dobbiamo relazionarci con la società e farci accettare, è così. La

¹⁴ Dal caso dei "vicini di Erba" a quello più recente sulla discussione di un muretto di confine, appunto.

¹⁵ Farr R.M., Moscovici S., 1989, a cura di, *Le rappresentazioni sociali*, il Mulino, Bologna.

società fa sì ma ha altri problemi più grossi e noi dobbiamo riuscire. Qualche farmaco che ci darà una mano, la mentalità che cambia, noi che cambiamo. (I4)

Tali rappresentazioni stigmatizzanti, allentano in parte la loro morsa anche in quelle situazioni in cui, come si vede nella parte di Carraro nel presente rapporto, vengono organizzate attività ed iniziative che coinvolgono altri soggetti ad esempio tra squadre sportive.

Da più parti si richiama come lo stigma sia senza dubbio complessivamente diminuito e migliorato, anche grazie al lavoro svolto in questi anni e alle azioni concrete, ad iniziative di sensibilizzazione verso la popolazione.

Quando fai gli incontri e vedi che lo stigma è un po' diminuito ti dà soddisfazione e riuscire anche con un progetto a presentarlo a scuola e parlare in modo diretto e riuscire a riempire una sala e a far parlare le persone che hanno un disagio direttamente dà soddisfazione. (I4)

... l'idea era quella di iniziare a fare conoscere, perchè il problema grosso era lo stigma, la paura della malattia mentale. (I15)

Immediatamente dopo l'approvazione della legge 180, emerge come, lo stigma viene avvertito in modo significativo anche dalle famiglie nella loro vita quotidiana con un fortissimo isolamento. Ed anche oggi il cammino è aperto. Resta la paura dell'imprevedibile, dei fantasmi che evoca la malattia mentale e questo porta con se notevoli conseguenze.

perché nella testa della gente la malattia mentale era e in larga misura è incurabile. quindi quando tu metti davanti l'idea dell'incurabilità uno ti dice teneteli là. quindi il peccato originale è stato che si è combattuto molto a livello di principi ma poco per spiegare chi è il malato mentale. E questo ha lasciato che i pregiudizi dilagassero. il fantasma della malattia mentale ce l'abbiamo dentro tutti quanti, nessuno escluso. Certo che il manicomio, le mura, ecc. evocavano i fantasmi ancora di più. ma a mio avviso il dibattito è stato chiuso in determinati ambienti... (I2)

... quando sorge la malattia mentale in una casa la prima cosa che sparisce sono gli amici o i parenti [...] ma così io, tutti ho sentito... non abbiamo più amici non abbiamo più parenti... nessuno [...] e in più.... sapere che questa gente... che è interessata da questo problema sia i diretti interessati, sia i familiari... hanno bisogno di aiuto... l'isolamento l'emarginazione per paura... (I6)

Innanzitutto i familiari per paura preoccupazione del pregiudizio, dello stigma, molto spesso nel primo periodo cercano di tenere nascosto il problema, di cui in molti casi non ci si rende nemmeno conto. Alcuni fatti, alcune stranezze che saranno successivamente lette come sintomi, nella fase iniziale vengono ricondotti ad altro nel tentativo di riportare tutto alla normalità, fino a quando non si verifica un episodio eclatante che irrompe sulla scena e quelle.

Una volta che io ho accettato... perché è stato durissimo, anche io mi rifiutavo di accettare questa cosa. Una volta che ho superato questa non accettazione di questo stato, non mi sono più creato più di tanti problemi. (I4)

Noi abitiamo in un paese non tanto grande, siamo conosciuti e per noi è stato proprio un emergere pubblico di un problema che fino a quel momento eravamo riusciti a contenere in un ambito abbastanza ristretto. Per me è stato molto duro lo è tuttora ma ad un certo punto non ho più avuto il timore che gli altri lo sapessero. Diciamo che nella difficoltà, nella durezza dell'esperienza, perché poi io sono andata anche un po' in depressione per alcuni mesi, ma poi mi sono ripresa. E da quel momento abbiamo seguito tutte le strade che potessero aiutarlo, senza nessuna remora sul fatto che la cosa fosse saputa. (I3)

Sembra emergere come diventi un'esperienza fondamentale prima di tutto che lo stigma sia superato, elaborato all'interno della famiglia stessa. Gestire il pregiudizio e la preoccupazione, significa tra l'altro fare i conti con la paura di trovarsi da soli, di venire isolati. In un certo senso si potrebbe chiedere allora se lavorare sullo stigma significhi anche lavorare sulla prevenzione, ossia rispetto a come stare a contatto con la possibilità, che fa parte della vita, di incontrare e trovarsi in situazioni di disagio mentale.

... perchè anche fare la battaglia sullo stigma voglio dire... bisogna preparare le condizioni perchè la gente sia preparata ad acquisire questo ragionamento, Perchè altrimenti se si arriva là si fa un gran convegno sulla questione dello stigma e della malattia mentale la gente lo ascolta dopo di che però... se invece si sono create le condizioni a casa nel territorio eccetera, eccetera..., allora si comincia... altra cosa grande è cominciare a far uscire la gente da casa perchè guardate che ci sono ancora mooolte persone che sono chiuse dentro casa per... per il problema dello stigma, la paura eccetera, eccetera... e la considerazione che si ha della malattia mentale che è un problema di cultura ovviamente... e c'è molto ricorso alle cliniche private purtroppo... (I5)

lavorare molto di più sul territorio a prevenire se è possibile laddove è possibile offrendo una grande disponibilità alle famiglie e quindi tutto il ragionamento sull'abbattimento dello stigma... abbiate coraggio... dovrebbe farlo una struttura ospedaliera, dovrebbe farlo un dipartimento questo ragionamento non soltanto i familiari... venite fuori perchè noi siamo qua. vi accogliamo siamo disponibili anche i più piccoli segni anche infantili di tutta la questione per esempio legata alla neuropsichiatria infantile... (I5)

In altre parole il pericolo che sembra emergere rispetto allo stigma che rimane a livello latente nella cultura, nonostante il lavoro fatto sembra essere che si verifichi uno slittamento - usando un gioco di parole di uno dei soggetti intervistati - dai manicomi alle case chiuse in cui ciascuno si rinchioda e gestisce privatamente le proprie difficoltà. Viene da chiedersi in che modo si inserisca in questa situazione il ricorso a cliniche private?

Inoltre, in alcuni casi, viene segnalato come l'isolamento delle famiglie dovuto alla paura e al peso dello stigma possa implicare un'aggravarsi di situazioni relazionali difficili e una diffusione del disagio. Venendo a mancare la possibilità di scambi da parte di reti di sostegno esterne al nucleo familiare ristretto le sofferenze si acquisiscono e amplificano.

... le famiglie non reggono... non reggono [...] se lei va in una casa in cui c'è questo tipo di malattia... al primo impatto lei non capisce chi è l'ammalato...

difficile individuare l'ammalato [...] non s'accorge chi è... perchè gli atteggiamenti dei genitori sono schizzo frenici tanto quanto quelli del figlio... inevitabile che sia così perchè appunto l'isolamento in cui vivono e e e... l'abbandono che c'è è... è una cosa pesante da sopportare... (I5)

Del resto la paura della follia porta con se un'altra paura, ossia quella del contagio, della possibilità di diventare matti a propria volta.

perchè... la paura della malattia mentale... è la mancata conoscenza della malattia mentale... è un problema di ignoranza, è un problema di cultura... è un problema di capire che se si può curare l'aids... se si può curare il tumore... se si possono curare malattie invalidanti gravi... se si può curare l'alzheimer piuttosto che la demenza senile... anche la malattia mentale si può curare e non è una cosa infettiva voglio dire di cui avere paura è una cosa su cui assieme si possono mettere le mani... (I6)

Uno dei fantasmi evocati dalla malattia mentale è un problema di confini tra normalità e follia. Il tema di come si riconosce un malato mentale, infatti, sembra essere centrale come abbiamo visto anche nel lavoro di Carraro nel presente rapporto di ricerca. Se, come dice il soggetto intervistato, in una famiglia si può non distinguere il malato dai sani, dato che alla fine si è tutti un po' malati, altri intervistati raccontano di come ad esempio alcuni operatori attraversino il confine e passino dall'altra parte e viceversa.

Allora hai addirittura una minima parte che diventano operatori, ce ne sono. Ci sono miei colleghi che sono passati di lì così. Hai colleghi di cui ti ricordi la storia, ma la metti in archivio in posti dove non la trova più nessuno. ci sono altri che lo diventano. È ammesso anche questo quando fai un lavoro di questo genere e non ti poni dei paletti. [In che senso?] Molti dei nostri utenti sono stati operatori psichiatrici soprattutto dell'epoca eroica. Perché non vai avanti alla garibaldina all'interno, non puoi permetterti di sbagliare più di troppe volte. Con la faciloneria... io ho lavorato tanti anni fa in un settore della cooperativa in cui ci è stata assegnata una infermiera del CSM che ora è in cooperativa ancora oggi e che era sostanzialmente sclerata. (I18)

La questione dei confini quindi è centrale, a questo servivano in passato i muri dei manicomi, adesso si sono trovate altre forme per fronteggiare la paura del diverso inteso in questo caso come il malato mentale di cui l'isolamento relazionale è un'espressione.

5. LA COMUNITÀ GUARDA AI SERVIZI

Con la chiusura dei manicomi si apre una fase in cui i soggetti si trovano, ciascuno nella propria posizione e in tempi molto rapidi a dover gestire l'incertezza rispetto a cosa fare e come intervenire rispetto a quella che sembrava essere una pratica rassicurante ed efficiente come quella manicomiale. Si attraversa un periodo durato circa dieci anni difficile e faticoso, con tensioni, ma anche con aperture, iniziative, sperimentazioni e capacità messe in gioco da più parti. I familiari, ad esempio si attivano, proprio per far fronte alle difficoltà iniziali nei processi di realizzazione dei servizi. In altre parole, emerge come una volta fatta la legge il lavoro iniziava allora e vi fosse ancora molto da fare, si era dato vita ad una svolta significativa soprattutto in termini culturali e adesso bisognava costruire i riferimenti di questo nuovo modo di stare al mondo.

... il processo è iniziato molto più tardi, purtroppo. È anche vero che cambiare una cultura una mentalità un modo di operare richiede sempre tempi molto lunghi. Tutto sommato rispetto ad altri cambiamenti forse oggi c'è una consapevolezza maggiore di quello che è stato fatto e di quello che ancora non si è potuto fare o non si è saputo fare. Tutte le due cose a mio avviso. Però il processo evolutivo è cominciato molto più tardi [...] doveva immediatamente concretizzarsi in una legge quadro che definisse tutto il resto. Ma non c'è mai stata e quello che era avvenuto dopo in molti anni è stato il progetto obiettivo, ma con una lentezza terribile proprio per le contrapposizioni che le dicevo prima. quindi è mancata subito una definizione dei servizi sul territorio. (I2)

Il cambiamento, quindi, avviene localmente, difforme nei modi e nelle strutture a seconda dei soggetti agenti e produce come esito una realtà veneta con servizi a macchia di leopardo, come già detto (Bertolo). L'origine di questo processo sembra rintracciabile anche nel fatto che la legge 180/78 è una legge controversa ed essa non esprime la volontà unanime di tutta la psichiatria italiana, ma di una sua parte.

... perché poi in realtà è una legge compromesso. [...] perché con il fatto che la legge era stata apparentemente voluta da molti, ma in realtà non era stata voluta dalla gran parte del mondo accademico, dalla gran parte degli psichiatri che erano maggioranza silenziosa eccetera eccetera, cosa successe? che gli operatori che si erano dati tantissimo da fare per tutti gli anni 80 furono schiavi della legge 180. Nel senso che dovettero dimostrare sulla loro pelle lavorando come cani che poteva funzionare questa legge perché gli psichiatri che avrebbero dovuto applicarla, tutti no?, se fanno una legge devono applicarla tutti, in realtà la contestavano dall'interno facevano continuamente di tutto per boicottarla ed era facile boicottarla. Inventando cose inesistenti ad esempio che non si potesse ricoverare una persona più di una settimana in trattamento obbligatorio, mentre invece la legge non prevede così, ma raccontando queste cose anche ai familiari dicendo 'sa la legge mi impedisce di seguire suo figlio, io non posso seguirlo perché la

legge mi chiede di lasciarlo a casa'. Questo tipo di procedure aveva realizzato un consenso contro la legge molto forte da parte dei familiari. (I7)

Emerge come la realizzazione della legge sia stata in parte travagliata. Per chi la legge la subisce e non la condivide, la realizzazione di strutture e servizi diviene campo di battaglia. Chi la sostiene e chi la osteggia, crea o meno strutture, istituzioni, ed occasioni. I servizi, la loro organizzazione sembrano diventare strumenti, terreno per l'esercizio del potere a partire da prospettive differenti fatte di ideologie, appartenenze e pratiche di cura dissonanti.

Buona parte del lavoro di strutturazione delle nuove realtà e la conformazione raggiunta dai servizi ed anche i tempi di realizzazione sembrano dipendere prioritariamente dal Primario, ossia da chi detiene il potere che permette o meno la realizzazione di iniziative, l'attivazione-sperimentazione di pratiche, in altre parole l'emergere del cambiamento.

Ecco, il comitato ... faceva le riunioni proprio al centro diurno e io partecipavo come potevano partecipare tutti i familiari dei pazienti. Quindi ho iniziato a entrare così al centro diurno. [...] Queste riunioni erano seguite un po' dal primario dell'epoca, del dipartimento. Il comitato si collegava alle iniziative del primario perché verso la fine degli anni '80 era arrivato questo primario nuovo, abbastanza giovane che aveva poi creato il centro diurno e siccome sembrava una persona molto aperta, [...] il comitato all'epoca aveva stabilito una relazione molto buona con il primario e siccome non avevano una sede il primario dava loro la possibilità di riunirsi ma c'era anche lui che partecipava, seguiva e fissava un po' le date. (I3)

Lo psichiatra in questo senso sembra assumere il ruolo di nodo di accesso non solo al sapere specializzato da parte dei profani¹⁶, ma anche per creare o meno occasioni e possibilità di sperimentare-istituire nuovi spazi di pratiche relazionali. In altre parole, si potrebbe dire che egli è a pieno un *gatekeeper*, ossia il guardiano, colui che sta sulla soglia, e presiede, controllano l'apertura o la chiusura per l'accesso a una serie di canali o spazi.

Intanto diciamo questo che l'associazione ha varie funzioni ma non terapeutiche quindi io mi inserisco in determinati spazi perché la cosa primaria è il dipartimento di salute mentale. È questo che prende in carico la patologia. (I4)

il primo approccio lo faccio con lo psichiatra perché è logico, se lui vuole io entro se no, no. Quindi il primo incontro è con lui. (I1)

Ad esempio, raccontano i soggetti, la sostituzione di un primario con un altro può modificare radicalmente l'assetto dei servizi di quel territorio nel senso di dare avvio ad alcune iniziative, modificare l'organizzazione di tempi e modi del servizio, mutare le relazioni con operatori, familiari, utenti ed in questo senso anche trasformare le pratiche di intervento.

Allora le cose sono diventate anche un po' più facili. Anche perché prima con due primari, uno dell'ospedale e uno del territorio, anche per i pazienti c'erano delle difficoltà notevoli perché non c'era un incontro dei due

¹⁶ Giddens A., 1990, *Le conseguenze della modernità*, il Mulino, Bologna.

momenti terapeutici, c'era un po' una frattura che veniva risentita anche dai pazienti. Quindi hanno capito che un primario unico era meglio per la gestione di tutte le strutture e ora abbiamo un unico primario. Quando c'era questa situazione di difficoltà con il primariato sentivamo anche noi le difficoltà perché c'era appunto una frattura. Il percorso terapeutico che iniziava in ospedale si scollegava con l'altro percorso del territorio. [...] Ora c'è un rapporto abbastanza di collaborazione. Non è sempre facilissimo. Ora questo primario è abbastanza aperto nei nostri confronti ma non è che questo atteggiamento sia condiviso da tutti gli altri medici. Spesso le associazioni dei famigliari vengono viste come qualcuno che vuole mettere il naso in qualcosa che non gli compete. (I3)

In questo frangente pare manifestarsi anche un altro aspetto su cui è interessante soffermare l'osservazione: la dimensione organizzativa, ossia come l'attivazione o meno di alcune strutture e più in generale la conformazione assunta dai servizi influenzi le modalità di cura, di presa in carico e in questo senso anche gli esiti di percorsi biografici e terapeutici.

La responsabilità dei servizi, non solo la responsabilità ma anche la capacità di comprendere le situazioni e di intervenire in modo appropriato, che tuttora è un problema molto grosso. Lui era già arrivato ad una consapevolezza e quindi bastava aiutare con un intervento immediato; e allora lui in quel momento si è dichiarato malato mentale e l'hanno portato in manicomio [...] non potete pensare che la relazione terapeutica sia solo quella paziente-psichiatra che si incontrano una volta al mese, 20 minuti e che lì possa avvenire tutto un processo terapeutico riabilitativo per cui la persona guarisce... (I2)

... sono andato con una signora... il medico accetta che io sia presente, alcuni non accettano... però [...] cominciano il colloquio [...] la signora spiega che il figlio è a casa da un anno [...] il medico le dice sì guardi signora che l'altr'anno avevo proposto a suo figlio di fare delle terapie... ginnica... della ginnastica... cioè che si muova insomma... [...] la madre dice sì è vero l'altr'anno lei ha proposto questo... sì dice il medico però suo figlio poi ha detto [...] dopo 2-3 volte dice questa roba non mi serve proprio a niente, non vengo qua a fare il burattino... non mi serve a niente, a torto o a ragione dice non vengo più..., quest'anno dice il medico proporrò a suo figlio un'altra cosa... allora spiega che cosa gli proporrà... alla fine di tutto questo ragionamento chiedo di poter dire una cosa... cioè lei ha detto l'altr'anno...e quest'anno... ma si rende conto che cosa è successo tra l'altr'anno e quest'anno? questo è il modo che avete di curare? ma... ma... voi immaginate che un ammalato psichico possa avere un rapporto con lei l'altr'anno e quest'anno? quando queste persone appunto hanno bisogno di monitoraggio continuo di vedere il tipo di assuefazione al farmaco, vedere se è possibile cambiarlo, se va aumentato o diminuito... cioè quali bisogni questo ragazzo... ed è rimasto un anno a casa...? coi genitori che oramai si stanno arrampicando sugli specchi, sui muri di casa cioè voglio dire... (I5)

In conclusione sembra emergere una responsabilità dei soggetti che operano nei servizi fatta non solo della capacità di risposta ad alcuni bisogni¹⁷, ma anche delle

¹⁷ Melucci A., 1992, *Il gioco dell'io*. Feltrinelli, Milano.

modalità, delle capacità e degli orientamenti con cui si sostengono e accompagnano le relazioni nel loro percorso dall'esito incerto¹⁸.

... a parte che nessun servizio si pone il problema della guarigione; c'è solo il problema di curare. Il problema della guarigione non rientra tra i loro obiettivi. Infatti è difficile da raggiungere. (I2)

In questo senso l'interrogativo che si afferma è, appunto, come riuscire a fare in modo che non tutto venga delegato o attribuito ai servizi, ma che si riesca a restituire responsabilità ai cittadini anche in termini di salute, si riesca a renderli partecipi di percorsi in cui essere protagonisti attivi di percorsi di cura e guarigione.

Sembra porsi in questi termini anche una questione di fiducia tra i soggetti che operano nel servizio ed il territorio a cui il servizio si rivolge. Una fiducia che non è controllo, ma capacità di affrontare insieme l'incertezza¹⁹. In questa prospettiva, ad esempio, l'incontro con lo psichiatra diventa una questione complessa, in cui le due soggettività medico-paziente cercano un modo di interfacciarsi, per dirla con Bateson²⁰, ossia di mettersi in contatto in una relazione reciprocamente significativa.

Porte aperte non vuol dire porte aperte, ma che io devo contrattare continuamente con la persona il senso di stare in una struttura o non starci. Questo è il significato. [...] è il fatto che io continuamente mi metto in gioco e in discussione e contratto continuamente con l'utente il suo consenso al trattamento. [...] Quindi devo ricondurre sempre il più possibile il trattamento dalla condizione di obbligatorietà a quella di volontarietà. Per farlo con la malattia mentale devo mettermi in gioco molto di più perché con la malattia mentale i rapporti di consenso informato sono complicati da realizzare mi mettono continuamente in gioco. Consenso informato vuol dire che io devo ritrovare la soggettività della persona, pur disturbata, che dice mi fido ma contemporaneamente ho i miei spazi e non sono nella condizione in cui mi fido acriticamente. Quindi questi sono gli aspetti di contenuto su cui è indispensabile confrontare la quotidianità. (I7)

In questo senso forse potrebbe essere utile aprire spazi di confronto che coinvolgano trasversalmente differenti soggetti associazioni, psichiatri, operatori e mettano in comune le differenti esperienze ciò potrebbe favorire forme di riflessività comune e la sperimentazione di nuovi percorsi.

Inoltre, va tenuto presente che come in parecchi altri servizi molto spesso non sia possibile nel momento della presa in carico, o per lo meno sia molto difficile, separare il soggetto dal contesto relazionale cui appartiene.

... la famiglia è un dato importante... un servizio quando prende in carico il paziente prende in carico nel complesso la famiglia... non soltanto il paziente... un occhio di riguardo al paziente, però anche la famiglia deve essere aiutata molto ad affrontare il problema che dovrà affrontare per anni... (I5)

Si ripropone il problema di come nell'azione di cura o terapia si prenda in carico non solo chi manifesta il problema del disturbo mentale, ma anche la famiglia che

¹⁸ Roninger L., 1992, *La fiducia nelle società moderne*, Rubettino, Soveria Mannelli.

¹⁹ Idem.

²⁰ Bateson G., 1991, *Una sacra unità*, Adelphi, Milano.

con lei/lui vive quest'esperienza. Non è un caso che alcuni servizi abbiano messo in atto progetti ed interventi che si muovono proprio in questa direzione, ossia verso l'organizzazione di attività, azioni ed interventi non solo con gli utenti, ma anche con i familiari.

Il coinvolgimento di alcuni familiari nei servizi ha fatto in modo che invece di assumere la posizione di oppositori essi siano diventati dei co-costruttori²¹, per la progettazione e realizzazione di sviluppi possibili dei servizi stessi, ossia si siano innescati circoli virtuosi e buone pratiche.

... la mancanza di accortezza di molti servizi che tengono fuori, lontane il più possibile le associazioni perché hanno paura di averle all'interno, di avere un giudizio, senza rendersi conto che più le associazioni sono all'interno del servizio, più diventano alleanze. Perché quando ognuno percepisce le difficoltà dell'altro è meno conflittuale ed è più disposto a collaborare, però questa non è la cultura dei servizi. [...] Ma spesso i progetti sono nella testa dello psichiatra e non sono condivisi con l'equipe, e se il progetto non è condiviso gli attori di questo progetto, intanto sono solo di operatori e non la persona e i suoi familiari, che non vengono coinvolti e quindi non sanno cosa si sta facendo per loro, e gli stessi operatori che eseguono ognuno un pezzo del progetto, senza avere l'idea complessiva del progetto e viverlo questo progetto, metterci dentro del proprio, perché del tuo personale ci metti dentro quando sai da dove parti, dove devi arrivare, mentre se devo soltanto eseguire un pezzo, devo trovare il modo di integrare socialmente questa persona, dopo subentra un altro servizio che deve cercare di fare un inserimento lavorativo; io qua ho finito e chi mollo il paziente di là, questo è il problema vero dei servizi oggi, in cui il paziente e la famiglia sono esclusi. (I2)

In un certo senso la Commissione Regionale per la Salute Mentale istituita con obiettivi operativi, ossia per elaborare il nuovo P.O. per la Salute Mentale si è mossa in questa direzione coinvolgendo allo stesso tavolo in una discussione comune Associazioni dei familiari e degli psichiatri, Cooperative ed Enti locali ed altri soggetti ancora.

²¹ De Leonardis O., 2005, op. cit.

6. IL DISCORSO SULLA LEGGE

Nei racconti dei familiari emerge soprattutto la fatica di gestire il sentimento di spaesamento che sempre si fa presente nel primo periodo quando il problema si manifesta. All'indomani dell'approvazione della legge 180/78, molti di loro raccontano di aver fatto i conti con una profonda incertezza, come quando, in molti casi, non si sa cosa fare, come stare in situazione sia sul piano privato che sul piano pubblico.

... perché le famiglie non avevano informazioni, non sapevano cosa fare, avevano quasi tutte figli giovani - e questo è un esordio grave - praticamente tutti con psicosi, e non sapevano cosa fare. C'era solo il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, non c'era altro. Quindi nella fase acuta eri ricoverato e poi eri a casa... (I2)

Soprattutto nei momenti di urgenza l'incertezza sembra farsi sentire in modo più pungente con difficoltà ad individuare le responsabilità. Di fatto l'impressione che alcuni psichiatri tendevano a dare, di essere impreparati, o di non poter far nulla era forse in parte legata, come già detto, ad un non condividere la legge ed al trasformare la sua applicazione in un terreno di conflitto per l'esercizio del potere.

Mi ricordo che io un giorno [...] trovai sul Gazzettino a titoli di scatola un titolo 'un altro omicidio causato dalla 180' una roba del genere, adesso non ricordo esattamente il titolo. L'episodio era legato al fatto che una persona aveva ucciso il fratello. L'articolo diceva che era stato ricoverato in ospedale psichiatrico, ma noi non sapevamo neanche chi fosse. Non sapendo nemmeno chi fosse. Siamo andati un po' a cercare negli archivi a capire. Allora, questo signore era stato ricoverato una decina di anni prima, circa e dimesso per non competenza del ricovero. Senza che nessuno sapesse, che nessuno avesse segnalato la situazione, che sapessimo che stava male, chi era e quant'altro perché chi lavorava ... allora era sul territorio, ma da poco... La colpa di quell'omicidio fu attribuita alla legge in maniera estremamente clamorosa. (I7)

A fronte di molti altri loro colleghi che invece erano profondamente impegnati nel tentativo di far realizzare la legge e di attivare risorse ed energie affinché chi ne era competente creasse nel territorio i servizi necessari ad avviare una nuova fase di cura ed assistenza del disturbo mentale.

A distanza di trent'anni la fase in cui ci si muove è profondamente differente. I Servizi ci sono e sono state elaborate delle risposte, delle modalità nell'urgenza ed anche nel lungo periodo, quindi, una fase di sperimentazione e ricerca che, allo stato attuale, ha consentito maturassero esperienze significative.

Questo è stato un grandissimo risultato. Ma io dico che si lavora bene perché si è supportati dal Sil che è fantastica perché la M è una persona bravissima, sa fare bene il suo lavoro, il comune. la coop quando il triangolo funziona bene il risultato è alto. (I15)

... credo che sia quello che tuttora ci deve muovere, certo quella è una cornice, manca tutto l'interno sui servizi, ma non c'era l'esperienza per farlo, proprio non c'era. [...] Quindi è mancata proprio la capacità, perché non c'era l'esperienza. Mancava a tutti l'esperienza. (I2)

Come abbiamo già accennato ci si potrebbe chiedere se il lavoro che resta da fare in questa fase non riguardi piuttosto la possibilità di rendere visibili i percorsi e le innovazioni prodotte nel corso della fase di sperimentazione. Di lavorare sulla consapevolezza del capitale sociale e culturale maturato in questi anni, sulle abilità, sensibilità, competenze maturate e che fanno differenza in un servizio e tra servizi. Sulle soluzioni emerse come particolarmente significative. Non è forse che il pericolo in questa fase sia quello che le buone pratiche messe a punto in questo periodo non riescano a sedimentarsi in forme stabili e si perdano restando esclusivo patrimonio dei soggetti e dei loro percorsi biografici senza divenire conoscenza comune, siano essi psichiatri, infermieri, operatori o altro? Cosa si può immaginare, quali iniziative sono pensabili per riuscire a creare situazioni in cui creare spazi di riflessività comune in cui far emergere le buone pratiche?

Potrebbe forse aiutare rafforzare quelle esperienze che consentono uno slittamento di prospettive dal piano ideologico, di condivisione o meno della legge a quello delle pratiche e dell'apprendimento organizzativo prodotto in questi anni.

... puramente ideologico. Sono 30 anni sì, ma in realtà è neonata. perché tutto il dibattito precedente non è stato sul come è stato sull'ideologia sul principio e sul fatto che la legge 180 era incompleta si è molto arenato, io credo per mancanza di idee; quando non hai cose concrete su cui discutere alla fine discuti il solo sui principi. credo che se fossero stati chiariti meglio alla gente forse sarebbero stati capiti. Ma alla fine sono rimasti su livelli talmente ideologici che la gente non è arrivata a capirli. Mentre se parli di cose concrete, vere... (I2)

A dare il senso dell'apprendimento avvenuto è la riflessione rispetto a come sono cambiate le pratiche e le relazioni, come si sono manifestati esiti e percorsi previsti ed imprevisti, come si è imparato a gestire e stare in contatto con l'incertezza quotidiana. In questo senso forse un suggerimento potrebbe arrivare dalle pratiche utilizzate in altri contesti, attuare forme di *cooperative learning*²² ossia attraverso comunità che apprendono. Un concetto che, mutuato dall'ambito educativo, potrebbe essere utile a mettere in luce come a partire da relazioni di interdipendenza orientate molto spesso in modo negativo con forme di competizione e gioco a somma zero, sia possibile, invece, sviluppare relazioni di interdipendenza positiva indirizzate alla cooperazione in cui sia possibile sviluppare competenze e apprendimento reciproco²³.

Tornando alla legge e alle proposte di modifica²⁴, in generale il clima dei soggetti intervistati è contrario ad una riapertura dei manicomi paventata in numerose nuove proposte di legge. Piuttosto sembra che tra i soggetti intervistati la direzione sia quella di un radicamento dello spirito della legge 180/78 tradotto sia in strutture

²² *Le interazioni in classe*, in La Mendola S., 2007, op. cit.

²³ Idem.

²⁴ Si pone in questo senso anche il problema delle cliniche private.

stabili rispetto a quelle esistenti, rendendo la realtà più omogenea nelle differenti zone senza rinunciare all'originalità delle buone pratiche, sia in un arricchimento delle istituzioni nel riuscire a tener conto anche delle difficoltà della famiglia senza peraltro cadere nella deriva del contenimento. In fine evocano la dimensione del divenire continuo come uno dei tratti caratterizzanti la legge.

... proposte di modifica della 180. Devo dire che non ce n'è stata una di buona tra le varie proposte. perché prevede molte forme di contenimento e di assistenzialismo e nessun interesse e emancipativo. Parla di durata dei ricoveri degli SPDC per mesi, tutta una serie di interventi non di tipo manicomiale ma molto di assistenza, in cui praticamente la famiglia si è sollevata dal problema. ed è vero che anche questa è una necessità ma c'è modo e modo per sollevare la famiglia da un problema. perché poi la famiglia quando è sollevata dal problema, o è nella condizione di ... se aprì bocca te lo mando a casa, o è nella condizione di dire mio figlio è là, però mio figlio si cronicizzato completamente. adesso può andar bene anche così, però se dopo non ci saranno più risorse per tenere aperti tutti questi centri assistenziali, cosa si farà di queste persone?. Si torneranno a fare i manicomi? (I2)

... voglio dire la cosa è sempre in divenire... non può essere una cosa statica la proposta Basaglia è una proposta che è dinamica... perchè se fosse statica vorrebbe dire che io ho contestato una cosa che era statica e vi propongo un'altra cosa statica.. chiudendo i manicomi e... e non è così invece... perchè il continuo aggiornamento...sulla base delle esperienze fatte mi porta a modificare continuamente l'atteggiamento da tenere [...] anche sull'uso dei farmaci sull'uso di strutture stesse... oggi sappiamo che servono appunto CTRP comunità terapeutiche protette servono case-alloggio... ma se verifichiamo bene il risultato di queste operazioni laddove sono state fatte da anni può essere evidente e risulta evidente che vanno modificate vanno aggiornate... [...] Basaglia partiva da un dato [...] e parlava di necessità in rapporto ad una situazione esistente che era quella di situazioni pesanti da 20-30 anni in manicomio...[...] passati 30 anni e con tutte le esperienze fatte non si parla più di neo-manicomiali e oggi abbiamo dei giovani ma anche le patologie nascono in maniera completamente diversa... l'uso dei farmaci per esempio ma l'uso...degli stupefacenti...ma che cosa vuol dire?come incide?...[...] il lavoro dovrebbe essere portato ormai sempre di più ad intercettare la malattia lavorare molto di più sul territorio a prevenire se è possibile laddove è possibile offrendo una grande disponibilità alle famiglie e quindi tutto il ragionamento sull'abbattimento dello stigma...abbiate coraggio... (I5)

Ci sono sicuramente tante e tante cose e appunto bisogna tener conto dei cambiamenti che ci sono stati in quale direzione ci si basa o si tenderà di andare; però sicuramente quello di partire da condizioni di base comuni per tutti questa è una cosa fondamentale sicuramente le ultime proposte di legge sono delle cose assolutamente non tutelanti anzi molto poco rispettose dei diritti acquisiti ma dei diritti di cittadinanza, costituzionali ecco acquisiti in questi 50 anni, quasi 70 anni di vita pubblica, credo che [...] ci possano

essere cose che bisogna aggiustate però prima bisogna metter in condizione la macchina ... di funzionare bene. (I9)

Un divenire che appunto tiene conto delle mutate condizioni sociali e non solo e che mette al centro l'apprendimento continuo dall'esperienza rispetto a quanto viene praticato in tutte le strutture dai servizi, alle cooperative, alle associazioni.

Viene da chiedersi se non sia allora possibile porre la questione del diritto di cittadinanza come la capacità di modificare forme delle relazioni sociali per istituirne altre.

Si sarebbe dovuto fare la 180 in modo più socializzante. Per me la 180 vorrebbe dire riuscire a mettere in una società orizzontale le persone. In una società che va in modo verticale, riuscire a mettere in orizzontale le persone è difficile. Già la competitività c'è per le persone che sono normali. Riuscire a mettere le persone non normali è difficile. Tendere a questo è un po' un'utopia, un limite a cui si deve arrivare. La 180 ti dice questo andiamo verso questa utopia. Riuscire a fare questo per un 10% è una cosa, riuscire a farlo al 20 al 30 è un'altra. La 180 ha fatto grandi cose chiudendo i manicomi, ma dovrebbe essere applicata molto di più. Con le dovute modifiche l'aspetto di fondo è che lo spirito della 180 venga applicato. La piena titolarità del diritto di cittadinanza di una persona con disagio mentale è da raggiungere ancora. C'è tanto da fare, è difficile. (I4)

In questo divenire continuo un passo in parte già evocato dallo stesso Basaglia, riguarda la capacità di aprire uno spazio di ascolto e confronto con la voce e l'esperienza degli utenti.

... vorrei spendere qualcosa su cosa suggerire. L'istituzione manicomio non è solo una istituzione in quanto luogo, in quanto sconfinamento. Ci sono realtà in cui le cose funzionano come dovrebbero e realtà in cui proprio non ci siamo. Quello che vorrei dire io è che effettivamente ci sia la partecipazione degli utenti. [...] Definizione che è nata all'estero. Il manicomio non è solo un luogo. [...] È l'impossibilità di avere la propria autonomia, l'impossibilità di avere una dignità, l'impossibilità di avere i giusti mezzi di sostentamento, l'impossibilità di avere una vita propria. finché ci sono o saranno queste situazioni in cui una persona dopo anni si trova cronicizzata, farmacologicizzata dopo anni, giocando sul le tolgo una goccia, le metto una goccia, togliamo mezza pastiglia, la aggiungiamo mezza pastiglia sempre nell'ottica che non si possa guarire, tutto quello che le ho appena elencato se lo mettiamo all'opposto è quello che vorrei che ci fosse ma non come riforma ma come ulteriore aggiunta dichiarata. O pensiamo in termini di guarigione o facciamo ricoveri. Ma allora... facciamo che gli utenti pensano che non vale neanche la pena ed è quello che forse qualcuno desidera. (I11)

Una trasformazione profonda che potrebbe, appunto, essere letta nel senso del *cooperative learning* applicato a questo contesto in cui in pratica, come avviene in classe le interazioni considerate di disturbo da limitare ed inibire²⁵ diventano punti di forza per l'apprendimento e lo sviluppo delle competenze. Si può allora pensare a qualcosa di simile nel campo della salute mentale? Le voci che sino ad ora non sono

²⁵ Migliore A., 2007, op. cit.

state considerate relativamente ad alcuni ambiti come quello della diagnosi e cura come quelle degli utenti, è possibile pensare a dei modi affinché diventino parte di una riflessione comune?

7. CONCLUSIONI. ALCUNE PROVOCAZIONI ...

Attualmente nel complesso c'è una valutazione positiva del punto a cui sono i servizi sul territorio, nel senso che si è arrivati ad avere delle strutture che operano - con approcci in parte differenti - rispondendo alle esigenze relative ad alcune forme di disagio.

questa è un po' la nostra esperienza...e oggi devo dire che noi abbiamo quasi completato l'iter per quanto riguarda le strutture...le strutture previste dalla legge dal progetto obiettivo ci sono tutte insomma...possono essere ulteriormente potenziate ma...su questo noi lavoriamo con molta calma. (15)

In questo quadro positivo, vanno tenuti presenti alcuni punti di criticità per eventualmente orientare gli sviluppi futuri.

Un aspetto che abbiamo visto emergere è che si è arrivati alla situazione presente attraverso una storia fatta di entusiasmi, di grande impegno, ma anche di difficoltà, finanche per chi deteneva parte del potere di definizione della situazione come gli psichiatri. In questo quadro viene da chiedersi come le organizzazioni emerse e i soggetti che le abitano portino con sé slanci e sofferenze e in che modo queste influenzino la situazione attuale in termini di alleanze o tensioni. E in parte questo percorso non ha forse influenzato anche i modi attraverso i quali si è articolata la creazione dei servizi e/o delle strutture esistenti ed hanno preso forma le pratiche e i modi delle relazioni di cura e terapia nella realizzazione dei servizi?

Si può allora ricondurre a questo il fatto che il campo della salute mentale così come si è andato strutturando, mantenga oggi al suo interno anche una certa tensione sebbene le ragioni del conflitto iniziale siano venute meno. E bisogna chiedersi allora se nella conflittualità, ciascuno abbia creato i propri confini, una sorta di identità a cui far riferimento per collocarsi nel campo multiforme delle differenti posizioni e da questa identità, dalla sua conservazione fa dipendere la propria *mission*.

Viene da chiedersi se in questo modo vengono meno anche possibili collaborazioni?

E innovazioni, collaborazioni e buone pratiche maturate in questi anni non vadano perse?

In questo quadro emerge come sia ancora in parte difficoltosa o limitata al caso singolo la collaborazione. Questo potrebbe rendere difficile una crescita che renda le pratiche in sé oggetto di riflessione comune mentre esse sembrano restare negli interstizi della vita quotidiana, come emerge anche dal lavoro di Carraro.

C'è bisogno di innovazione per dare alle persone modi di vivere, luoghi da vivere nella comunità, ma con obiettivi, con un inserimento reale nella comunità, non isolati per fare la solita casetta che è quella dei pazzzerelli. L'integrazione sociale si può fare, ma bisogna che partecipi tutta la comunità. Per quello bisogna creare reti sociali in cui ognuno possa portare la sua idea perché nessuno ha il progetto in tasca, ma se si lavora insieme. (12)

In un certo senso ci si potrebbe chiedere se le vicende dell'associazione utenti mostrino anche come possa venire meno la possibilità di un incontro e di un confronto fondato sul piano della reciprocità. E' chiaro che la possibilità di una reciprocità risulta particolarmente fastidiosa per la cultura occidentale in cui il soggetto utente viene visto come mancante, in difficoltà e bisognoso di aiuto, mentre viene sottovalutato, per non dire ignorato, il contributo che lo stesso soggetto potrebbe dare alla società complessivamente (vedi Carraro²⁶) ed anche ai servizi di cui è parte nello specifico - come mostrato da Carraro nel presente lavoro- mettendo così in crisi anche l'idea della centralità del lavoro intesa in modo tradizionale. Non è questa l'ennesima espressione di un processo della nostra cultura, tesa a strutturare le relazioni in modo rigido ad esempio secondo il modello asimmetrico aiutante/maestro/guaritore/medico da un lato, e aiutato/allievo/malato/paziente dall'altro, perde di vista le interrelazioni tra posizioni, le continuità e interdipendenze tra i due poli della relazione e se è chiaro, visibile ed enfatizzato quanto il primo dia al secondo, resta ancora occultato e taciuto il viceversa, ossia quanto all'interno della stessa relazione il secondo dia al primo.

In questo senso abbiamo visto come aprire uno spazio in cui ascoltare le voci, per usare un gioco di parole, dei differenti soggetti potrebbe cambiare i modi della pianificazione e progettazione dei servizi. Per dirla con Bachtin²⁷ nel campo della salute mentale ci sono delle sperimentazioni e faticosamente si stanno aprendo dei terreni di exotopia, ossia occasioni di ascolto reciproco dei differenti punti di vista a partire dalle proprie specificità facendo interagire sguardi difforni, magari anche dissonanti nella ricerca di percorsi originali. L'exotopia possibile tra familiari, utenti e psichiatri è una frontiera o meglio un orizzonte relazionale ancora aperto che in parte ha già trovato forme di realizzazione e che in parte potrebbe passare anche attraverso forme di riconoscimento degli utenti sulla scena pubblica.

Nel senso che ci siamo trovati a dare voce agli utenti della psichiatria. Ci sono state situazioni di imbarazzo da parte nostra perché ci siamo ritrovati con continue richieste burocratiche. Avevamo chiesto di partecipare anche noi. Prima ci è stato detto che non potevamo partecipare per un determinato motivo. Noi risolvevamo e ci veniva impedito per un altro motivo. Poi c'è stato questo escamotage dell'invito eccetera. (I11)

... Basaglia a Gorizia ... istigava a un confronto anche pesante tra pazienti e medici. Uno psichiatra una volta che presentava un libro parlava di dissidenti, di noi. Dissidenti perché effettivamente c'erano delle persone che andavano a contestare delle altre persone nei rapporti che c'erano tra le persone. (I11)

Si pone quindi la questione del riconoscimento, rispetto a dei soggetti che per le loro caratteristiche mettono in tensione le forme stabilite e rigidamente codificate di convivenza sociale. L'interrogativo è dopo il notevole percorso fatto, cosa ancora ci impedisce a distanza di trent'anni dalla legge 180 di praticare questo riconoscimento?

²⁶ Carraro A., 2007, *Interagire con disagio e pratiche organizzative*, in La Mendola S., op. cit.

²⁷ Bachtin M., 1988, *L'autore e l'eroe. Teoria letteraria e scienze umane*, Einaudi, Torino.

Noi come psichiatri facendo il nostro mestieraccio non è che salviamo vite sul piano biologico però salviamo vite certe volte, nella restituzione di fiducia, di una fiducia di poter essere al mondo di poter stabilire ancora rapporti, di poter essere rispettate. Il rispetto. Queste sono cose che contano: il rispetto e la fiducia. Attraverso questo senti che puoi avere rispetto e fiducia anche in te stesso. E' una cosa che si specchia nell'incontro con l'altro. Queste sono cose molto belle. Fino a quando tu prendi il paziente come una persona sulla quale esercitare il tuo trattamento come se fosse un oggetto sul quale fare cose, allora tutto questo non ce l'hai. Allora io da questo punto di vista posso dire di essere abbastanza soddisfatto in fondo per quello che finora ho realizzato anche se ho avuto scacchi o problemi grossi. [...] Fiducia vuol dire: io cerco di aiutarti, aprirti queste chance, perché penso che tu possa approfittarne, ma anche la fiducia loro nei nostri confronti, ma lo verificano perché tu non eserciti su di loro il tuo potere in quanto potere scientifico punto. Allora iniziano a fidarsi di te, ad di là di quello che fai, che può essere anche poco, per cui ti richiamano anche dopo 20 anni. Ma non è che sono grati perché hai fatto qualcosa per loro ma perché dimostrano che è possibile incontrarsi, non si devo solo temere l'altro, solo averne paura... (I7)

L'incontro è possibile afferma questo soggetto e genera fiducia e rispetto reciproco. In questo senso il cambiamento non riguarderebbe solo l'ambito della salute mentale, ma anzi coinvolgerebbe la possibilità di fare un altro passo verso una maggiore consapevolezza collettiva e la possibilità di mettere in comune la capacità di vivere nella differenza, di relazioni collettivamente competenti nel generare ascolto e cittadinanza. Forse rinunciare a questa sfida può rafforzare il pericolo che risposte più semplificanti, anche se più costose, si impongano attraverso nuove sembianze riaffermando modalità già conosciute, come nel caso di alcune cliniche private.

CONCLUSIONI

di Carla Bertolo

E' sempre difficile il compito di scrivere delle conclusioni quando si è esplorata una realtà complessa, molto variegata e in continuo movimento come si presenta quella dei servizi per la salute mentale nel Veneto. Ogni lettore troverà nelle diverse parti di questo lavoro situazioni e problemi nei quali si riconoscerà o meno, che accoglierà come un punto di vista al quale riservare una qualche attenzione o metterà nel cassetto. Ciascuno potrà fare delle riflessioni maturate con il lavoro di ricerca un'occasione di exotopia (vedi le riflessioni in questo senso di Rettore, nella seconda parte di questo rapporto di ricerca) oppure limitarsi a giudicarle e soffermarsi criticamente sui tanti aspetti di cui non abbiamo potuto rendere conto.

La ricerca può essere accolta come opportunità, per esempio, per fermarsi a ripensare e condividere forme e modi dell'organizzazione dei servizi, esistenti o costruendi, utilizzando il patrimonio di conoscenze e di esperienze maturato in tante singole realtà del territorio o nei medesimi dipartimenti al loro interno.

Accogliere lo sguardo del ricercatore può accompagnare la riflessione adottando un diverso punto di vista, per guardare altrimenti le forme, i modi, le difficoltà e le bellezze coi quali convivono quotidianamente operatori, utenti-pazienti, familiari, volontari, cittadini... nel percorrere procedure e protocolli di cura *oppure* nel vivere l'esperienza di ri-costruzione di salute e di cittadinanza.

L'aspetto che, a parere di chi scrive, crea un legame tra le situazioni e le esperienze narrate dai diversi protagonisti, e sul quale può essere sensato chiedere ancora un po' di tempo e di pazienza al lettore, è quello del legame che appare tra dinamiche relazionali e dinamiche organizzative. Riprendiamo questo tema a partire da una domanda che vi si chiede di condividere ripensando alle narrazioni che costruiscono il materiale di ricerca, i nostri dati, insieme alle osservazioni in situazione che hanno generato le riflessioni che le ricercatrici propongono: come sono pensate e come vengono scelti i contenuti delle attività riabilitative (quali finalità reali, come sono parte del processo globale della cura, a quali desideri e bisogni della persona con disagio e degli operatori corrispondono, quale esito si propongono di costruire...)? I *modi* delle attività sono rivelatori del *come* gli attori riproducono e stanno dentro ai significati di quella che è una delle possibili dimensione-forma dell'interpretazione dell'istituzione, che riconosciamo nel suo essere incorporata e manifestata nell'agire concreto del servizio, e che ha il potere di caratterizzare -almeno in parte- direzioni e significati dell'azione dei soggetti che vi operano, che la rendono effettiva.

I soggetti, nella loro locale interpretazione che è osservabile per il tramite delle pratiche quotidiane della cura, si giocano l'attivazione del loro grado di libertà (nella situata combinazione di potere e responsabilità) con possibili esiti di inerzia organizzativa oppure di innovazione.

Innovazione che, come abbiamo colto nella restituzione dell'osservazione di ricerca condotta da Carraro, necessita di ascolto attivo organizzativo, nel senso di pensiero dedicato, di spazi di riflessione previsti e consapevolmente organizzati-gestiti, affinché l'azione non sia evento estemporaneo ma diventi un agire riproducibile e estensibile, generando e alimentando il senso e le forme istituzionali della cura e dei processi.

Ogni innovazione, al suo manifestarsi, la possiamo considerare uno stao nascente (*statu nascenti*), e come tale portatrice di nuove energie, significati, potenzialità di ridefinire la situazione nella quale si genera¹. *Stato nascente e nuova istituzionalizzazione*: due condizioni che possono essere trattate come fasi successive di un movimento, che sfocia nella istituzione come necessaria strutturazione in forme di razionalità, regolate ai fini di una stabilizzazione che nella sua permanenza-staticità dà garanzia di direzione, riproducibilità e certezza all'azione. Oppure, nella visione più dinamica e generativa, queste due condizioni le possiamo vedere, come scrive Salvatore La Mendola ispirandosi a Georg Simmel, come due «motori» sempre - almeno potenzialmente - attivi e co-presenti; semmai, si può assistere a una certa prevalenza ora dell'uno ora dell'altro, ma mai ad un annullamento dell'uno o dell'altro².

Tale prevalenza, a mio parere, può dipendere tanto dagli attori specifici in campo (nuove intensità motivazionali e relazionali, consapevolezze, apprendimenti, oppure resistenze e difese di status quo, di posizione e di poteri...), quanto, anche (e, a mio parere, mai esclusivamente), dai contesti (altri attori, innovazioni anche tecnologiche, riorganizzazioni aziendali, nuovi orientamenti politici e amministrativi...). L'esito sta nella direzione (sempre espressione di una volontà) che si vuole dare al movimento, per il quale l'*effervescenza* che accompagna l'innovazione al suo nascere può essere incanalata in un processo istituente che può cercare l'omeòstasi o l'evoluzione.

I servizi sono un sistema organizzato di significati e di credenze, come scrive Karl Weick, che si danno forma e modi di operare che corrispondono alla locale definizione e interpretazione del compito socialmente e istituzionalmente assegnato; sistema che attiva cornici di senso e di significato, all'interno delle quali si muovono tutti coloro che si trovano ad interagire con l'organizzazione stessa³. Ed in questo senso il Servizio è attivatore dei contesti, non sua vittima; la direzione del

¹ Si pensi per esempio alle due facce di alcune delle attività riabilitative "aperte" raccontate da Carraro, delle quali si coglie tanto dal punto di vista dei pazienti che degli operatori, quel misto di incertezza e di entusiasmo che si esprime nel desiderio di sperimentarsi in nuove esperienze, che lascino spazio all'interazione inedita tra soggettività anche solo momentaneamente libere dall'auto e etero-identificazione con le proprie paure e disagi. Una faccia di questo agire esprime il piacere e la speranza della scoperta di vedere i pazienti, e del loro vedersi, nell'espressione inedita e inesplorata di parti di sé, competenze, abilità... E' la ricerca di altre vie, della rottura con routine che nella loro ripetitività creano confini troppo chiusi, alimentano immobilità e identità inerti, e che comporta il mobilitare nuove energie, la messa in gioco di relazioni (spesso personali, della sfera privata) e dei sé in interazione. L'altra faccia, invece, esprime la difficoltà a continuare a mantenere disponibili le energie necessarie per proseguire dato che, quasi sempre nelle narrazioni raccolte, la creazione di questi nuovi spazi vitali della cura non va di pari passo con quei mutamenti organizzativi che potrebbero essere necessari per mettere a disposizione nuovi supporti alla prosecuzione di un lavoro inedito, un ripensamento di procedure, di organizzazione dei compiti, dei tempi e dei luoghi... Questo sembra accadere con maggiore pesantezza nei dipartimenti che tendono a operare per "tappe" e procedure in un certo senso gerarchicizzate nell'ordine di priorità terapeutiche e separate nel loro significato, per cui i cambiamenti sperimentati in un punto del dipartimento non sono necessariamente significativi o influenti per il Servizio nella sua globalità.

² Si veda La Mendola S., 2007, *Commiato. Intera-agendo: agendo tra, agendo con*, in La Mendola S., op. cit., p.531.

³ Weick K., 1998, *Processi di attivazione delle organizzazioni*, in Zan S., a cura di, *Logiche di azione organizzativa*, il Mulino, Bologna, pp. 267-302.

movimento è interdipendente con la visione-rappresentazione che esso si dà dei soggetti e del suo stare nel sociale, dell'interesse a separare o mettersi in gioco in relazioni osmotiche con l'ambiente esterno.

Come ha sottolineato un direttore di DSM, oramai si dispone di know-how consolidati sul fronte della diagnosi e delle terapie farmacologiche, che consentono di affidarsi a procedimenti organizzativi e lavorativi con un certo grado di standardizzazione. Rilevanza strategica, continua l'intervistato, assume oggi l'investire in conoscenze e saperi che si producono in altri ambiti, che sono generati dalle capacità umane e intellettuali delle persone all'interno di pratiche lavorative spesso considerate invece residuali o periferiche. Investire tempo, spazi risorse umane e finanziarie in sperimentazioni e prassi che si stanno rivelando capaci di generare soluzioni soddisfacenti per i pazienti e per l'intorno familiare e sociale. Pratiche generative di risposte perché sono riuscite ad attivare e mantenere relazioni significative tra operatore e paziente, tra servizio e servizi, tra servizio e contesti formali e informali... anche grazie al fatto che coloro che vi stanno dentro operano riflessivamente e apprendono dall'esperienza nel continuare nella ricerca di soluzioni innovative che sono connesse a nuovi o particolari problemi e bisogni e solo parzialmente standardizzabili (se non nel percorso metodologico).

Prospettiva che richiede, come mostra la ricerca, di lasciare spazio a pratiche che oggi in alcuni territori della nostra regione sono piuttosto periferiche o ignorate (per esempio pratiche che si ispirano a una interpretazione intersoggettiva della riabilitazione e al concetto di *recovery*). Nella scelta di direzione che si dà al processo istituzionale, tale prospettiva comporta di scegliere una epistemologia delle complementarietà tra saperi, come scrive Sergio Manghi, alla ricerca di un modo di intervenire più consono alla danza delle relazioni. Dalla priorità attualmente crescente dell'*evidence based care*, a sistemi di cura basati innanzitutto sul sapere delle relazioni, riconoscendo che il processo di cura è processo di auto-cura. Un processo non anzitutto tecnico-procedurale ma simbolico-interattivo (e le storie di utenti dei servizi èer la salute mentale che ne sono venuti fuori lo testimoniano) che si fonda sulla attivazione di competenze curative⁴.

Servizi capaci di dare significato e perseguire un nuovo mandato istituzionale di cui scrive, tra altri, François Dubet, il quale evidenzia -a partire da ricerche empiriche in istituzioni pubbliche di servizi- come oggi vi sia necessità di istituzioni che forniscano supporti a ciascun individuo perché egli possa realizzare il proprio progetto di vita⁵. Il che prevede tra l'altro saper trasformare la cultura del risultato misurabile (tra cui i costi) in una cultura che dia importanza a un esito di qualità della vita sociale e delle relazioni, cioè darsi indicatori di produzione di ricchezza di soggettività e sociale-comunitaria⁶.

⁴ Manghi S., 2005, *Psicosi, famiglia, istituzioni. La riflessione di Gregory Bateson sullo schizofrenico John Perceval*, in RSF, CXXIX, n. 3, 2005, pp. 129-156.

⁵ Dubet F, 2002, op. cit..

⁶ Si pensi al dibattito di questi anni sulla necessità di introdurre nuovi indicatori per misurare lo sviluppo e il benessere di un Paese o di una comunità locale, fino ad oggi riferiti a criteri economici e a "medie" generalizzanti (PIL, ...). Per approfondire questo tema, si rinvia in particolare alle

I temi sollevati dalla ricerca non sono nuovi per coloro che si occupano di salute mentale, ma penso sia interessante lo sguardo esterno che li ha ripercorsi e riproposti connettendoli con gli interrogativi e con le potenzialità che fanno parte del lavoro e della vita quotidiana di soggetti che spesso emergono fortemente separati fra loro dai ruoli e dalle loro situate rappresentazioni. Quasi che la storia dei servizi e l'ambivalenza del mandato sociale (che oscilla tra sicurezza e inclusione, con un accento, in questi ultimi anni, pressante sulla prima), le preoccupazioni disciplinari, lo status e la posizione che essi occupano nel campo aziendale, abbiano costruito frontiere, trasparenti, invisibili ma che segnano un territorio nel quale sembra spesso difficile una comunicazione fluida e aperta, generativa di contaminazioni tra attori, saperi ed esperienze di reale innovazione in risposta a bisogni multipli che stanno nella dimensione sociale del disagio e nei cambiamenti societali.

Rendendo visibili le distanze tra gli attori si sono resi visibili anche i punti di vicinanza, le prossimità di interessi, di prospettive, di desideri sulle quali si può lavorare, pensarci su, cercare condivise prospettive di azione. Il punto di svolta potrebbe trovarsi nell'osservare e ricominciare a parlarsi (anche localmente) di quello che si è fatto, che ha avuto esito soddisfacente, e di quello che non si è riusciti a realizzare, cercandone le comuni ragioni e impedimenti, ampliando lo sguardo e la riflessione alle conoscenze e alle esperienze anche sul loro versante organizzativo. *Cosa* si sta costruendo e *come* lo si sta facendo è il focus della riflessione, non tanto o non prevalentemente dal punto di vista dei dati qualitativi e quantitativi ma piuttosto da quello degli esiti, della co-costruzione sociale della salute mentale e degli spazi di vita delle persone con disagio psichico. Ripensare a quali, oggi, sono le necessità dal punto di vista organizzativo-lavorativo per sostenere, consolidare, lasciare spazio a una produzione di servizi che consenta la produzione di salute, di maggiore benessere.

Se abbiamo trovato parziali condivisioni -pur se confinate all'interno di differenti culture spesso non comunicanti o confliggenti tra loro- della rappresentazione della relazione tra salute e disagio, e degli esiti verso cui tendere con la cura, appare poco presente un pensiero ampio sulla propria organizzazione (al di là di puntuali osservazioni sulla inadeguatezza di risorse umane e finanziarie), sull'impalcatura umanamente costruita che sostiene e sorregge, attiva o vincola e rende inerti.

Qui sta, a mio parere, una peculiare criticità di una prefigurazione di servizi (che, ricordiamo, nel Veneto è unanimemente considerata soddisfacente dal punto di vista delle prescrizioni e indicazioni normative) che sembrerebbe avere bisogno, oggi, di soffermarsi sulle pratiche e sulle culture organizzative che permeano e colorano diversamente quelle citate macchie di leopardo che raffigurano una differenziazione territoriale disegnata tanto dal grado di attivazione delle tipologie di servizi territoriali normativamente e tecnicamente contemplati, quanto dalle differenti prospettive culturali, di metodiche e di significati della cura e della riabilitazione localmente esperiti.

pubblicazioni di Amartya Sen, e alla prospettiva elaborata da Martha C. Nussbaum, dei quali si indicano alcuni titoli nei Riferimenti bibliografici.

Il bisogno raccolto è di ripensare l'oggetto di lavoro non solo dal punto di vista dei pensieri disciplinari e professionali, ma soprattutto da quello dei processi di formazione delle scelte, delle decisioni, delle prospettive condivise, della qualità e dei significati assegnati alle relazioni e agli scambi tra operatori, e tra questi con i destinatari dei servizi, pazienti e familiari, con altri soggetti... nella costruzione tecnico-professionale e sociale dei progetti e degli esiti della cura.

Creare universi di significati comuni agli attori richiede di considerare l'esperienza di ciascun attore per cercare il come fonderli insieme, negli individui e nell'agire collettivo. Le équipes, i gruppi di lavoro, come le reti sociali, sono prodotti umani, vanno pensati e curati; e sono fondamentali nel lavoro di cura, non solo per progettare i percorsi di inserimento dei pazienti. I legami organizzativi, come i legami sociali, facilitano il flusso di informazioni, di risorse, rafforzano le identità e il riconoscimento reciproco, generano una responsabilità che sta nella capacità di rispondere ai bisogni. Danno forza perché sostengono, alimentano le motivazioni, curano con nuove energie le frustrazioni della ripetitività delle azioni, delle separatezze, delle difficoltà dell'inclusione.

Concludo (ma è solo un modo di dire) riprendendo una riflessione portata dai responsabili di servizi che hanno partecipato al convegno di presentazione della ricerca⁷: la costruzione sociale della salute mentale riguarda tutti. L'organizzazione dei servizi per la salute mentale è stato l'evento politico-amministrativo che ha messo in opera quel programma istituzionale avviato alla fine degli anni '70 che ha rappresentato e configurato un sistema di istituzioni democratiche (cioè istituzioni che si fondano sul riconoscimento dei diritti delle persone). Tuttavia, dobbiamo sempre tenere presente che le istituzioni non sono realtà statiche; sono la forma condensata di quanto si muove nei contesti sociali, forme temporaneamente reificate di significazioni socialmente costruite dagli attori e professionalmente caratterizzate tramite i significati che gli addetti ai lavori -a tutti i livelli- costruiscono nel quotidiano lavoro *su* e *con* altri. Discriminante oggi dunque non è più solo "quali" servizi ma "come" si investe nella loro organizzazione, come sono pensati e resi spazi vitali per i pazienti, per le famiglie, per la comunità, ma anche per gli operatori medesimi, i co-costruttori di senso.

⁷ Il riferimento è al convegno organizzato a Venezia dalla FONDAZIONE SAN SERVOLO IRSESC ONLUS il 4 aprile 2009, del quale si è già parlato in altra parte di questo Rapporto di ricerca.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA.VV, 2001, *Dalla deistituzionalizzazione al superamento delle nuove istituzioni* in «Fogli di Informazione», 189, pp. 19-62.
- Arendt H., 1958, *Vita activa*, Bompiani, Milano.
- Bachtin M., 1988, *L'autore e l'eroe. Teoria letteraria e scienze umane*, Einaudi, Torino.
- Balbo L., 1982, *Patchwork: una prospettiva sulla società di capitalismo maturo*, in Balbo L., Bianchi M., *Ricomposizioni. Il lavoro di servizio nella società della crisi*, Angeli, Milano.
- Basaglia F., 2007, *Corpo, sguardo e silenzio. L'enigma della soggettività* in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1, pp. 11-22.
- Bateson G., 1991, *Una sacra unità*, Adelphi, Milano.
- Bateson G., Ruesch J., 1976, *La matrice sociale della psichiatria*, il Mulino, Bologna.
- Beck, U., Giddens, A., Lash S., 1999, *Modernizzazione riflessiva: politica, tradizione ed estetica nell'ordine sociale della modernità*, Asterios, Trieste.
- Bifulco L., 1996, *Apprendere nei servizi sociosanitari*, FrancoAngeli, Milano.
- Bifulco L., 2008, *Gabbie di vetro*, Bruno Mondadori, Milano.
- Bourdieu P., 2002, *Campo del potere e campo intellettuale*, Manifestolibri, Roma.
- Bruni A., Gherardi S., 2007, *Studiare le pratiche lavorative*, il Mulino, Bologna.
- Brunod M., Celli T., Di Monaco R., 1996, *Cambiamenti organizzativi e ricerca della qualità nella psichiatria territoriale*, FrancoAngeli, Milano.
- Brunod M., Olivetti Manoukian F., 1998, *Costruire servizi in psichiatria*, FrancoAngeli, Milano.
- Brunod M., Manoukian Olivetti F., 2005, *L'organizzazione psichiatrica e i suoi dilemmi*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», vol. CXXIX, n. 3, pp.39-58.
- Butera F., 1990, *Il castello e la rete*, FrancoAngeli, Milano.
- Calvino I., 1986, *Un re in ascolto* in *Sotto il sole giaguaro*, Garzanti, Milano.
- Carabelli G., Cacioppo Grasso L., 1999, *Reti di cura in psichiatria: strumenti di lettura e d'intervento*, Milano, FrancoAngeli
- Carbato A., 2008, *Mettere tra parentesi la malattia mentale*, Intervista a cura di Camarlinghi R., d'Angella R., in «Animazione Sociale», 38, 8/9, agosto/settembre 2008.
- Cardano M., 1997, *La Ricerca Etnografica*, in Ricolfi L., a cura di, *La Ricerca Qualitativa*, Nuova Italia, Roma.
- Cardano M., 2003, *Tecniche di ricerca qualitativa*, Carocci, Roma.
- Cardano M., 2005, *Lavoro e disturbo psichico a Torino*, Rapporto di ricerca, Progetto Alphaville, Dipartimento di Scienze Sociali.
- Cardano M., 2007, *E poi cominciai a sentire le voci... Narrazioni del male mentale* in «Rivista Italiana di Sociologia», 1, pp. 9-56.
- Cardano M., Negri L., 2006, *Les salariés handicapés psychiques ou l'expérience de la diversité dans l'entreprise*, Pratiques en santé mentale, n. 4, pp.17-24.

- Carozza P., 2006, *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, FrancoAngeli, Milano.
- Carraro A., 2007, *Interagire con disagio e pratiche organizzative*, in La Mendola S., a cura di, *Comunicare interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio*, Utet, Torino.
- Castel R., Haroche C., 2001, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretien sur la construction de l'individu moderne*, Fayard, Paris.
- Castel R., 2004, *L'insicurezza sociale*, Einaudi, Torino.
- Chauvenet A., Orlic F., 1988, *Les professionnels de la santé publique producteurs des normes et de droits*, Centre d'Etudes des Mouvements Sociaux, CNRS/EHESS, Paris.
- Commissione della Comunità Europea, 2007, *Libro verde* in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 3, pp. 8-28.
- Coppo P., *Salute e disturbi psichici in occidente e altrove*, in Gobbo F., Tommaseo Ponzetta M., 1999, a cura di, *La quotidiana diversità*, Imprimerie, Padova.
- Corbellino G., Jervis G., *La razionalità negata*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Covacich M., 2007, *Storie di pazzi e di normali*, Laterza, Roma-Bari.
- Crespi F., Moscovici S., 2001, *Solidarietà in questione*, Meltemi, Roma.
- Crozier M., 1969, *Il fenomeno burocratico*, Etas, Milano.
- Crozier M., Friedberg E., 1978, *Attore Sociale e Sistema*, Etas, Milano.
- Crozier M., Normann R., 1990, *L'innovazione nei servizi*, Edizioni Lavoro, Roma.
- De Biasi V., Trento F., 2004, *Matti Per Il Calcio*, Valter Casini, Roma.
- de Leonardis O., 1990, *Il terzo escluso, le istituzioni come vincoli e risorse*, Feltrinelli, Milano.
- de Leonardis O., 2001, *Le istituzioni*, Carocci, Roma.
- de Leonardis O., Emmenegger T., 2005, *Le istituzioni della contraddizione*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», vol. CXXIX, n. 3, pp.13-38.
- Dell'Acqua G., 2007, *Non ho l'arma che uccide il leone*, Stampa Alternativa, Viterbo.
- Dell'Acqua G., 2007, *Oltre la purezza del camice bianco*, in «Animazione Sociale», 37, 3.
- Dell'Acqua P., 2008, *Le scommesse di Basaglia*, Intervista a cura di Camarlinghi R., in «Animazione Sociale», 38, 1.
- Douglas M., 1966, *Purezza e pericolo*, il Mulino, Bologna.
- Dubet F., 2007, *Le déclin de l'institution*, Seuil, Paris.
- Dubet F., 2009, *Le travail des sociétés*, Seuil, Paris.
- Ehrenberg A., 1999, *La fatica di essere se stessi*, Einaudi, Torino.
- Ehrenberg A., 2007, *Trasformazioni della società e trasformazioni della psichiatria* in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 3, pp. 29-38.
- Farr R.M., Moscovici S., 1989, a cura di, *Le rappresentazioni sociali*, il Mulino, Bologna.
- Ferrari M., 2009, *La frontiera interna*, Utet, Milano (in corso di stampa).

- Fioretto R., 2007, *Tempo* in La Mendola S., a cura di, *Comunicare Interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio*, Utet, Torino, pp. 242-251.
- Fourquet F., Murard L., 1976, *Généalogie des équipements de normalisation. Les équipements sanitaires*, CERFI, Paris.
- Gadamer H. G., 1994, *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano.
- Galli G., Giannichedda M.G., de Leonardis O., 1983, *La libertà è terapeutica?*, Feltrinelli, Milano.
- Giddens A., 1990, *Le conseguenze della modernità*, il Mulino, Bologna.
- Gobbo F., Tommaseo Ponzetta M., 1999, a cura di, *La quotidiana diversità*, Imprimatur, Padova.
- Hirschman A., 1982, *Lealtà, defezione, protesta*, Bompiani, Milano.
- Kaneklin C., Olivetti Manoukian F., 1990, *Conoscere l'organizzazione*, NIS, Roma.
- La Mendola S., 2007, *Commiato. Inter-agendo: agendo tra, agendo con* in *Comunicare Interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio*, a cura di, La Mendola S., Utet, Torino, pp. 527-600.
- La Mendola S., a cura di, 2007, *Comunicare Interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio*, Utet, Torino.
- Manghi S., 2005, *Psicosi, famiglia, istituzioni. La riflessione di Gregory Bateson sullo schizofrenico John Perceval*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», CXXIX, n. 3, 2005, pp. 129-156
- Lorenz W., 2007, *Protagonismo dell'utente e sviluppo dei servizi di salute mentale. Approcci sociologici e il loro significato nelle pratiche dei servizi sanitari* in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 2, pp. 43-49.
- Manghi S., *Psicosi, famiglia, istituzioni. La riflessione di Gregory Bateson sullo schizofrenico John Perceval*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», CXXIX, n. 3, 2005, pp. 129-156
- Melucci A., 1992, *Il gioco dell'io*. Feltrinelli, Milano.
- Melucci A., 1998, *Verso una sociologia riflessiva*, il Mulino, Bologna.
- Migliore A., 2007, *Le interazioni in classe*, in S. La Mendola *Comunicare interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio*, Utet, Torino.
- Miola C., De Danieli M., 1999, *Un ponte per oltrepassare il confine*, Imprimatur, Padova.
- Morin E., 1993, *Introduzione al pensiero complesso*, Sperling & Kupfer, Milano.
- Nussbaum M.C., 2002, *Giustizia sociale e dignità umana*, il Mulino, Bologna.
- Olivetti Manoukian F., 1988, *Stato dei servizi*, il Mulino, Bologna.
- Olivetti Manoukian F., 1998, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, il Mulino, Bologna.
- Olivetti Manoukian F., 2007, *Cinque ipotesi per cambiare*, in «Animazione Sociale», 37, 1.
- Olivetti Manoukian F., 2008, *La domanda di sicurezza può non investire i servizi?*, in «Animazione Sociale», 38, 5.

- Osservatorio Regionale Immigrazione, Veneto Lavoro, 2008, *Rapporto Immigrazione straniera in Veneto*.
- Piccardo C., Benozzo A., 1996, *Etnografia organizzativa. Una proposta di metodo per l'analisi delle organizzazioni come culture*. Cortina, Milano.
- Regione Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale, 2007, *Statistiche flash*, dicembre.
- Roninger L., 1992, *La fiducia nelle società moderne*, Rubettino, Soveria Mannelli.
- Schön D.A., 1993, *Il Professionista Riflessivo*, Dedalo, Bari.
- Sen A. K., 2007, *La libertà individuale come impegno sociale*, Laterza, Roma-Bari.
- Sen A. K., 2006, *Etica ed economia*, Laterza, Roma-Bari.
- Sen A. K., 2003, *Globalizzazione e libertà*, Mondatori, Milano.
- Sen A. K., 2000, *La diseguaglianza. Un riesame critico*, il Mulino, Bologna.
- Simmel G., 1989, *Sociologia*, Comunità, Milano.
- Touraine A., 2007, *Penser autrement*, Fayard, Paris.
- Tranchina P., Deodori M. P., 2007, *Il protagonismo degli utenti: dal manicomio al territorio* in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 2, pp. 113-131.
- Turner V., 1982, *Dal rito al teatro*, il Mulino, Bologna.
- Venturini E., 2008, *Come non arrendersi alla psichiatrizzazione del disagio?*, in «Animazione Sociale», 38, 11.
- Weber M., 1961, *Economia e società*, Edizioni Lavoro, Milano, 1961.
- Zerubavel E., 1993, *The fine line. Making distinction in everyday life*, Univerity of Chicago Press, Chicago.

APPENDICE

a1. Narrazione: Il Dipartimento GialloBlu

Il dipartimento di Gialloblu fa parte di un'azienda ulss che conta circa 200.000 utenti, con un Comune capofila che sta mutando: la presenza di persone immigrate sta aumentando, con alcuni segnali di buona integrazione, l'economia è in crisi - come ovunque d'altronde - ma i settori di occupazione presenti sono molteplici. Negli ultimi anni l'associazionismo non cresce, mentre il privato sociale è in espansione... [slide 1]

Gialloblu è una città che conosco poco ma non ho difficoltà a trovare il luogo dell'appuntamento con il Direttore perché è al C.S.M., presso l'ospedale. Trovo l'ospedale facilmente e seguo le indicazioni all'entrata per il C.S.M. che si trova in un'ala esterna dell'edificio. Lungo il percorso c'è anche un vecchio cartello che mi indica il centro di igiene mentale. [slide 2]

Il C.S.M. si sviluppa in un lungo corridoio con molte porte, pareti color beige con pittura lavabile, seggioline in plastica appoggiate alle pareti per le attese. Una signora con un grosso carrello delle pulizie attraversa il corridoio. Ci sono diverse persone sedute, c'è molto movimento finché aspetto il Direttore, una donna e un uomo seduti vicino a me mi chiedono, con larghi sorrisi, chi aspetto. Incontro il Direttore nel suo studio. Iniziamo l'intervista e dopo avermi raccontato qualcosa della sua storia mi racconta dell'organizzazione del servizio e mi dice: *una difficoltà è garantire la continuità tra le persone che lavorano in ospedale e quelle che invece sono le persone che seguono i pazienti fuori, sostanzialmente ridare a chi li ha ricoverati il senso di quello che stiamo facendo fuori* [slide 3]. E inoltre: *Il problema maggiore credo sia quello delle risorse... siccome le risorse sono limitate noi diamo la priorità alla cura dei malati gravi ...* [slide 4]

Poi mi parla degli inserimenti lavorativi: gli inserimenti lavorativi? ...si tratta di persone che prendono attualmente € 100 al mese: questo è un meccanismo che a mio avviso finisce per dissipare l'idea stessa di solidarietà e allora abbiamo cercato di superarlo e abbiamo cercato di vedere qual era il modo... [slide 5]

Mi parla anche del suo scetticismo iniziale: io all'inizio non ero molto ottimista e fiducioso in questo perché vedevo difficile inserire quelli più gravi; dopo invece abbiamo cominciato e ho visto che si ottenevano dei risultati. [slide 6]

Parliamo poi delle attività riabilitative attive nel Dipartimento e di quello che resta da fare: c'era l'ANPIS che faceva i tornei e ci siamo inseriti, hanno cominciato a fare le partite, vanno anche in trasferta, alla squadra partecipano anche gli infermieri del centro di salute mentale, nel senso che giocano perché i pazienti da soli non giocano e mandarli con il guardiano è brutto.... Allora tutti con la stessa divisa, stessa borsa, abbiamo fatto la squadra vanno insieme a giocare, siamo riusciti ad avere divise con sponsorizzazioni di aziende qui intorno. [slide 7]

Ci tiene poi a precisare: noi facciamo riabilitazione anche con le visite domiciliari, non è che andiamo a fare la fiala o a guardare come sta... sono progetti riabilitativi... domiciliari. [slide 8]

E riguardo alle sfide attuali dice che il problema resta quello del tempo libero, sabato e domenica. Le famiglie stesse vengono emarginate dal resto della comunità, anche se sempre meno. [slide 9]

Dopo qualche settimana vado al centro diurno per conoscere il responsabile e alcune attività. Il centro si trova in una zona residenziale molto tranquilla, i mezzi pubblici fermano a pochi metri di distanza, c'è un giardino, è mattina e c'è parecchio andirivieni di persone. [slide 10]

Entro nella sala delle attività espressive e incontro Rosa che conduce il laboratorio. La stanza è molto ampia, luminosa, c'è un grande tavolo centrale con molti disegni, colori, sculture in lavorazione, stoffe, alle pareti molti quadri e disegni appesi, ci sono degli armadi e un lavandino. Musica di sottofondo. Rosa mi spiega che *l'arteterapia aiuta a tirar fuori pensieri, sensazioni e vissuti in un contesto di gruppo dove l'operatore assume il ruolo di facilitatore dell'espressione accolta e condivisa.* [slide 11]

Poi mi presenta Neri, un uomo alto con un buffo cappello. Insieme a lui un ragazzo sui 30 anni sta sistemando una scultura in creta. Seduta all'altro capo della stanza c'è una donna che mescola dei colori. Rosa non me li presenta. Mi dice che il laboratorio non ha più molte persone che lo frequentano e questo [slide 12] *un po' perché molti pazienti, quelli con più abilità, sono stati inviati a laboratori lavorativi, e un po' perché anche quelli che non lavorano vengono qui meno, si concentrano nell'orario del pranzo....* Interviene anche Neri che si avvicina a noi: *e così poi gli operatori e io, che sono il maestro d'arte, dobbiamo completare i lavori di chi non è in grado perché se no poi facciamo il mercatino e quello che si propone deve essere un prodotto di qualità, vendibile, deve stare sul mercato* e Rosa aggiunge: *il nostro obiettivo è che i prodotti dei pazienti siano acquistati perché sono belli, ben fatti, non tanto per fare l'offerta, la carità, questo per loro sai, per dare valore al loro lavoro.* [slide 13]

Ci sono quindi due operatori e due utenti in questo laboratorio. Nel tempo che rimango lì alcune persone entrano ed escono dal laboratorio senza fermarsi, guardano un po' in giro e se ne vanno.

La seconda volta che torno al centro diurno è per seguire la squadra di pallavolo durante gli allenamenti. Gli operatori che incontro sono Chiara e Rosario, lei è un'infermiera e lui è invece un atleta in pensione che da alcuni anni allena la squadra. Saliamo sul pulmino con tre utenti maschi e una donna e arriviamo nella palestra di una scuola. Rosario dà il via alla corsa di riscaldamento e il gruppo inizia a correre intorno al campo e correndo guarda verso di me *quella che si muove non è pancia, è muscolo!* annuisco divertita e anche Lilly, la ragazza che è seduta vicino a

me lo è. Lilly e Livio seguono spesso la squadra anche se non giocano. L'atmosfera è molto rilassata, di gioco. [slide 14] Non è proprio la stessa che si respirava al centro diurno. Là era più pesante...

Durante la pausa dell'allenamento parlo un po' con Rosario che mi dice: pensa che siamo venuti a sapere che ci stavano tagliando l'attività, con questa storia delle risorse! E allora mi chiedo che futuro possano avere questi servizi. Io, potrei anche continuare da volontario, lo farei, è che ci deve essere anche Chiara e se lei non è pagata come fa a venire? [slide 15]

Un componente della squadra, Paolo, viene vicino a noi. Rosario lo coinvolge nella conversazione chiedendogli di dirmi qualcosa della sua esperienza con la squadra e lui: *eh... è un impegno sai, gli allenamenti, le partite, non tutti sono disposti a farlo. E poi quando sei della squadra ci devi essere, anche per le trasferte. Il nostro problema è che siamo pochi ma non riusciamo a coinvolgere altri, quelli del centro diurno sono un po' pigri.* [slide 16]

Gli chiedo allora se hanno mai provato a coinvolgere qualcuno di esterno, magari un amico, e Paolo mi dice: no perché siccome per partecipare al torneo bisogna avere avuto dei problemi, essere in terapia, mi sembra di avere capito no?, al massimo ho pensato che se a c'è qualcuno che conosco che gli viene qualche problema lo invito sicuramente. Se vai un po' fuori di testa, magari saresti bravo a giocare a pallavolo! [slide 17]

Un medico che incontro al centro tornando dalla palestra mi racconta: la cosa che mi piace molto di questo servizio è l'abitudine che c'è di fare delle cose insieme con i pazienti. Per esempio tra due settimane andiamo cinque giorni a Rossoblu con tutti i pazienti della riabilitazione che sono 27... pazienti psicotici gravi in compenso ovviamente... questa cosa è assolutamente bellissima perché consente ai pazienti di fare delle esperienze che da soli non farebbero mai... sono veramente molto belle a livello di integrazione sociale, come andare tutti insieme a mangiare la pizza o ai mercatini di natale. [slide 18]

Ricordando l'esperienza di un soggiorno a Verdegiallo il responsabile della riabilitazione, con il quale faccio due chiacchiere in una stanza del centro mi racconta: *io ho fatto un gavettone a un paziente e lui è riuscito a farlo a me due tre giorni dopo... e questa è una relazione, uno scambio fra partner che possono permettersi di entrare e uscire dal ruolo senza confondersi e senza paura [slide 19] e quel paziente si può dire guarito, capace di relazionarsi a me non solo con le sue parti malate ma anche con le sue parti sane in una dimensione di gioco, libertà... di mostrare che la nostra relazione è sana e ha dato i suoi risultati...* [slide 20]

Parlo con Bianca, la coordinatrice del centro diurno, mentre pranziamo in disparte nella sala da pranzo. Lei sottolinea molto l'importanza del lavoro degli operatori: *curare un paziente vuol dire pensarlo, vuol dire avere un'équipe che possa pensarlo*

con te perché da solo non potrai mai stargli accanto una giornata intera ma insieme ad un'équipe sì... e allora diventa una possibilità. [slide 21]

Mi regala poi una copia del giornalino del centro diurno su cui leggo di un'esperienza che si chiamava vacanze in autonomia dove Azzurra, utente di una comunità racconta: *...non è stato facile per me, ci sono stati momenti in cui avrei voluto tornare a casa e altri in cui avrei voluto spaccare tutto... mandavo un messaggio a Bianca e lei mi richiamava... alla fine ci sono riuscita e sono rimasta fino alla fine. È stata un'esperienza unica che non so se ripeterò, sicuramente è stata un'esperienza che mi ha maturato tanto. [slide 22 e 23]*

Prima di andare via incontro Fabio, mi chiede se sono una tirocinante e io gli racconto brevemente della ricerca. Parliamo di questo centro diurno e di come in città si dica là ci sono i matti!. Mi racconta come è arrivato qui: *ero nella melma, sì, avevo bisogno di fare qualcosa... mi frenava il pensare di venire qui, di vedermi inserito dove si dice che ci sono i matti... ma ora non mi interessa tanto le persone con cui dialogo sanno dei miei problemi. [slide 24]*

Ci salutiamo, io vado verso casa, lui va in teatro per le prove dello spettacolo che faranno in primavera.

a2. Invito al seminario Esperienze nella riabilitazione

FONDAZIONE SAN SERVOLO - I.R.S.E.S.C. - ONLUS

Istituto per le Ricerche e gli Studi sull'Emarginazione Sociale e Culturale

Venezia, 6 febbraio 2009

Prot. 23/2009

Gentile dottore,

Siamo lieti di invitarla a partecipare al seminario sul tema "*Esperienze nella riabilitazione. Narrazioni e riflessioni a partire da una ricerca*", che avrà luogo a Venezia, Isola di San Servolo, sabato 28 febbraio 2009 (vedi il programma allegato).

L'incontro è occasione di approfondimento di alcuni temi esplorati con la ricerca "*Disagio psichico, servizi e comunità. Un'indagine qualitativa sulle dinamiche relazionali a partire dai Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto*", promossa e finanziata dalla medesima Fondazione. San Servolo – IRSESC – ONLUS Venezia.

L'indagine, di prospettiva sociologica, si pone all'interno delle riflessioni che animano il dibattito a trent'anni dalla legge 180/78. Essa mira ad esplorare come il disagio psichico con-formi le relazioni della vita quotidiana, attraverso l'osservazione di alcune esperienze che i servizi hanno attivato, o supportato, con la finalità di creare spazi di comunicazione tra l'utente psichiatrico, il Servizio e la comunità territoriale. Il fine è di comprendere come le modalità con le quali le persone (utenti, operatori dei servizi psichiatrici e di altri servizi eventualmente coinvolti, familiari, volontari...) entrano in relazione e partecipano a con-figurare specifici contesti sociali ed esistenziali.

I luoghi della ricerca sono stati individuati a partire dalle indicazioni raccolte attraverso incontri e interviste con alcuni Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Veneto e con altri testimoni privilegiati. La metodologia adottata è di tipo qualitativo e si avvale di *interviste discorsive* e di *osservazioni partecipanti* (secondo la metodologia etnografica che prevede la presenza del ricercatore nei luoghi di cui sopra).

Come potrà leggere nel programma allegato, per realizzare l'obiettivo del seminario [ovvero l'approfondire la conoscenza della pluralità di significati assegnati ed esperiti nell'ambito delle attività riabilitative nelle organizzazioni per la salute mentale] Le chiediamo di offrirci il suo contributo di esperienza e conoscenza, portando nel dibattito racconti e riflessioni maturate nelle esperienze vissute nell'area delle attività di riabilitazione nei propri servizi. Al proposito, sarebbe molto gradita la partecipazione al seminario anche del responsabile dell'area della riabilitazione".

Ringraziandola per l'attenzione che vorrà riservare al nostro invito, La preghiamo di confermare la sua presenza alla segreteria organizzativa del Seminario il **18 febbraio**.

Con i migliori saluti

Lorenzo Bernardi
Coordinatore del Comitato scientifico

Silvana Tonon Giraldo
Presidente della Fondazione San Servolo

Fondazione San Servolo - I.R.S.E.S.C. - ONLUS- 30133 Venezia Tel. 0415267871 – 0415264909

Fax. 0412761999 - E-mail: info@fondazionesanservolo.it

Site: <http://www.fondazionesanservolo.it>

C.F. 94027200271

FONDAZIONE SAN SERVOLO - I.R.S.E.S.C. - ONLUS

Istituto per le Ricerche e gli Studi sull'Emarginazione Sociale e Culturale

Seminario di approfondimento

Esperienze nella riabilitazione. Narrazioni e riflessioni a partire dalla ricerca

“Disagio psichico, servizi e comunità.”

Data:

sabato 28 febbraio 2009

Orario:

dalle 9.30 alle 13.30

Luogo:

Venezia - Fondazione San Servolo - Isola di San Servolo

Il contesto

Il seminario vuole essere un'occasione di approfondimento della ricerca sociologica tuttora in corso, promossa dalla Fondazione San Servolo – IRSESC – ONLUS Venezia.

La ricerca, che sarà presentata ad aprile 2009, è di tipo qualitativo e si è focalizzata sulle dinamiche relazionali nelle pratiche quotidiane dei percorsi di cura a partire da alcuni Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto.

Il seminario sarà il momento per approfondire, in particolare, le riflessioni nate dalla ricerca sulle esperienze nella riabilitazione.

Obiettivo del seminario:

Approfondire la conoscenza della pluralità di significati assegnati ed esperiti nell'ambito delle attività riabilitative nelle organizzazioni per la salute mentale. Per questo, si propone che gli invitati siano parte attiva dell'incontro, portando racconti e riflessioni maturate nelle esperienze vissute nell'area delle attività di riabilitazione nei propri servizi, accogliendo gli spunti offerti dalla ricerca.

La discussione

A partire dalla presentazione di situazioni e riflessioni proposte dalle ricercatrici (i materiali provengono dalla ricerca), si chiede ai partecipanti di interagire nella discussione con loro proposte di significati e di contestualizzazioni possibili, con riferimenti narrativi a situazioni e modalità esperite nei servizi in cui lavorano. Questo consentirà di cogliere la pluralità di significati, le differenze e le somiglianze, le difficoltà e le buone pratiche, i punti di forza e quelli di debolezza nelle esperienze di riabilitazione vissute dai presenti, per condividerle e discuterne liberamente.

Invitati:

Responsabili della Riabilitazione dei Dipartimenti per la Salute Mentale del Veneto.
Direttori di Dipartimento interessati alla tematica.

Struttura:

9.30 - 9.45: Saluti e breve presentazione della ricerca:

Silvana Giraldo (Presidente - Fondazione San Servolo)

Lorenzo Bernardi (coordinatore del Comitato scientifico – Fondazione San Servolo)

9.45 - 10.00: Introduzione al seminario

Carla Bertolo (Università di Padova – Dipartimento di Sociologia)

10.00 - 10.40: Presentazione del tema e del materiale del seminario

Alessandra Carraro (Università di Padova – Dipartimento di Sociologia)

10.40 - 11.00: *coffee break*

11.00 - 13.15: Discussione

13.15 - 13.30: sintesi dei temi emersi a cura del moderatore

Italo De Sandre (componente del Comitato scientifico – Fondazione San Servolo)

Fondazione San Servolo - I.R.S.E.S.C. - ONLUS- 30133 Venezia Tel. 0415267871 – 0415264909

Fax. 0412761999 - E-mail: info@fondazionesanservolo.it

Site: <http://www.fondazionesanservolo.it>

C.F. 94027200271

b. Invito al convegno Disagio psichico, servizi e comunità

Informazioni sui trasporti per Sabato 4 aprile

partenze da Venezia - Stazione F.S. e P.le Roma (imbarcadero del Casinò di Venezia) per l'isola di San Servolo alle ore **8.45** e ritorno con partenza alle **15.15** con servizio gratuito.

Linea 20

Da Venezia (San Zaccaria) a San Servolo
9.00 - 9.20 - 9.50 - 10.30
Da San Servolo per Venezia (San Zaccaria)
12.40 - 13.30 - 14.00 - 14.50 - 15.30

Informazioni

Per ogni informazione rivolgersi alla segreteria della Fondazione da Lunedì a Venerdì dalle ore 9 alle ore 14.30.
Tel. 041 2765452
Fax. 041 2761999

È preferibile iscriversi via e-mail:

luigi.armiato@fondazioneanservolo.it
www.fondazioneanservolo.it

Fondazione San Servolo

I.R.S.E.S.C. - **ONLUS**

Istituto per le Ricerche e gli Studi sull'Emarginazione Sociale e Culturale

Presidente **Silvana TONON GIRALDO**
Segretario Direttore **Gabriele MARZIANO**

Comitato Scientifico
Lorenzo BERNARDI (Coordinatore),
Ludovico CAPPELLARI,
Domenico CASAGRANDE,
Italo DE SANDRE,
Mario GALZIGNA,
Gloria VIDALI

In collaborazione con  SAN SERVULO SERVIZI

FONDAZIONE SAN SERVULO I.R.S.E.S.C. - **ONLUS**

Istituto per le Ricerche e gli Studi
sull'Emarginazione Sociale e Culturale



Seminari di San Servolo

DISAGIO PSICHICO, SERVIZI E COMUNITÀ

Un'indagine qualitativa sulle dinamiche
relazionali a partire dai
Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto

Sabato 4 aprile 2009

Isola di San Servolo
Venezia

Fondazione San Servolo**IR.S.E.S.C. - ONLUS**

Istituto per le Ricerche e gli Studi sull'Emarginazione Sociale e Culturale

La Fondazione San Servolo I.R.S.E.S.C. è stata istituita nel 1979 dalla Provincia di Venezia ed eretta in Ente morale nel 1982. Lo scopo statutario è la promozione di ricerche e studi di carattere interdisciplinare su ogni forma di emarginazione sociale e culturale e, in particolare, la raccolta e la valorizzazione dei materiali archivistici e librari già appartenuti agli ospedali psichiatrici di San Servolo e di San Clemente.

Il convegno è l'occasione per la presentazione delle conoscenze e delle riflessioni maturate nella ricerca sociologica promossa dalla Fondazione San Servolo - IRSESC - ONLUS Venezia: *Disagio psichico, servizi e comunità*.

Il lavoro, realizzato con metodologia qualitativa, si è focalizzato sulle dinamiche relazionali nelle pratiche quotidiane nei servizi di alcuni Dipartimenti di Salute Mentale del Veneto.

Tali pratiche sono osservate nei loro significati dai differenti punti di vista dei soggetti coinvolti (operatori, utenti, familiari e volontari) con, sullo sfondo, una loro contestualizzazione nei mutamenti avvenuti nel campo istituzionale, in quello dei saperi disciplinari e nei contesti sociali più ampi.

PROGRAMMA**9.30 Interventi inaugurali****Davide Zoggia**

Presidente Provincia di Venezia

Silvana Tonon Giraldo

Presidente Fondazione San Servolo

9.50 Introduce Italo De Sandre

Comitato Scientifico Fondazione San Servolo

*Presentazione della ricerca***10.00 Carla Bertolo**

Dipartimento di Sociologia - Università di Padova

10.15 Valentina Rettore

Dipartimento di Sociologia - Università di Padova

10.30 Alessandra Carraro

Dipartimento di Sociologia Università di Padova

11.00 - 11.10 Pausa*Interventi***11.10 Franca Olivetti Manoukian**

Esperta in studi organizzativi - Studio APS Milano

11.40 Mario Cardano

Professore di Sociologia e Metodologia delle scienze sociali - Università di Torino

12.10 Discussione**Lodovico Cappellari**

Vicepresidente nazionale SIP - Comitato scientifico

Fondazione San Servolo

Italo De Sandre

Università di Padova - Comitato Scientifico Fondazione

San Servolo

Flavio Nosè

Primario psichiatra Verona - Presidente del Collegio primari psichiatri Veneto

14.00 Lunch

Ringraziamo tutti coloro che hanno partecipato alla ricerca dedicandoci il loro tempo e raccontandoci le loro esperienze.

Ringraziamo la Fondazione San Servolo I.R.S.E.S.C. Onlus e il suo Comitato Scientifico, per averci affidato questa ricerca ed averci accompagnato nella sua realizzazione.

Giugno 2009