

Un Intervento in un Centro di Salute Mentale

di Rosa Maria Paniccia*, Anna Di Ninni**, Paola Cavalieri***

Premessa

Proporremo il resoconto di una consulenza effettuata presso un Centro di Salute Mentale (CSM) di una città italiana di oltre un milione di abitanti. Faremo precedere il resoconto del caso da alcune note sull'evoluzione dei servizi di salute mentale in Italia negli ultimi 30 anni. Le stesse categorie psicologico cliniche di analisi delle relazioni organizzative adottate per tracciare questo percorso saranno poi utilizzate nella resocontazione dell'intervento nel CSM. Le considerazioni introduttive sull'evoluzione dei servizi di salute mentale potranno essere utili a chi non conosce in modo approfondito le specificità della realtà italiana. In un senso più generale, tuttavia, riteniamo sempre utile riassumere le caratteristiche del contesto in cui lo psicologo interviene. Proponiamo infatti un'ottica di intervento che mettendo in stretta relazione metodologie e contesto in cui l'intervento si realizza, comporta una approfondita conoscenza del contesto stesso.

Diremo cos'è un resoconto per noi, e perché l'intervento nel CSM ricade nell'ambito psicologico clinico. Nell'ottica degli autori, ogni intervento che utilizzi come strumento la relazione tra psicologo e cliente è un intervento psicologico clinico.

Quanto al resoconto, per lo psicologo clinico la continua resocontazione di ciò che si va facendo è lo strumento che maggiormente contribuisce ad organizzare e verificare l'intervento. Resocontazione rivolta tanto allo staff che interviene quanto al cliente, ed effettuata a partire dalla lettura della domanda di quest'ultimo per procedere poi con il progetto, la sua attuazione e la sua verifica. Proponiamo qui, attraverso la resocontazione dell'intervento nel CSM in un contesto di confronto scientifico, l'ultima versione di quella resocontazione che ci ha permesso di condurre e verificare l'intervento stesso. Vedremo come la relazione tra psicologo e cliente mentre viene resocontata viene anche costruita, attraverso categorie psicologico cliniche. Poiché si tratta di una resocontazione effettuata dopo la conclusione dell'intervento stesso, oggi ne proponiamo soprattutto la funzione di verifica.

Evoluzione e prospettive dei Dipartimenti di Salute Mentale

I principi istitutivi del Dipartimento di Salute Mentale

La disciplina legislativa avviata dalla legge n. 180 del 1978¹ ha promosso un nuovo approccio alla malattia mentale. Gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico sono stati modificati: dal controllo sociale dei malati di mente, alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali. Al tempo stesso, il legislatore ha avviato la riorganizzazione delle istituzioni assistenziali. E' stata attribuita centralità agli interventi territoriali affidati ai servizi, anziché a quelli fondati sul ricovero ospedaliero come era in precedenza. Ciascuna Azienda Sanitaria Locale (ASL) deve

* professore associato di psicologia clinica nella facoltà di Psicologia 1 dell'Università La Sapienza di Roma.

** psichiatra, professore a contratto nella facoltà di Psicologia 1 dell'Università La Sapienza di Roma.

*** specialista in psicologia clinica

¹ La legge n. 180 del 1978, successivamente riassunta dalla legge di Riforma Sanitaria n. 833 del 1978, è la prima tappa di un percorso legislativo che successivamente, e per alcuni tardivamente, ne ha precisato i contenuti. Si rimanda il lettore interessato al DPR del 7 aprile 1994, progetto - obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996", e al DPR del 10 novembre 1999, progetto - obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000". Si ricorda inoltre che l'assistenza sanitaria è regolata da legislazioni regionali, che differenziano sul territorio nazionale gli assetti organizzativi delle strutture dedicate alla salute mentale.

istituire un Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Il DSM è composto di diverse strutture: una struttura territoriale, il Centro di Salute Mentale (CSM) sede organizzativa del Dipartimento; un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso gli ospedali generali; strutture intermedie per attività in regime semiresidenziale (centro diurno e/o *day hospital*) e strutture per attività in regime residenziale (ad esempio, comunità terapeutico - riabilitative, socio-riabilitative, comunità alloggio). Il modello organizzativo dipartimentale è stato ritenuto in grado di promuovere la programmazione unitaria e la gestione delle attività finalizzate alla protezione della salute mentale nelle sue componenti preventive, curative e riabilitative.

Sofferamoci sul Centro di Salute Mentale, la struttura presso la quale si è svolto l'intervento qui resocontato. L'attuale legislazione² attribuisce al CSM ampie aree di intervento nel territorio di competenza, attribuendogliene il coordinamento. Il CSM individua risorse nel tessuto sociale e le integra per realizzare la personalizzazione degli interventi. Ricordiamo che il mandato sociale³ del DSM, sostenuto anche da reiterate raccomandazioni dell'OMS⁴, è caratterizzato da due priorità: l'esplorazione di ciò che le persone chiedono ai servizi e gli interventi fondati sul consenso. Di conseguenza la funzione del Centro di Salute Mentale nel DSM si realizza quando è orientato alla conoscenza dei problemi che le persone, i gruppi, i contesti portano. La legge indica tali finalità, i differenti DSM dovrebbero tradurle in obiettivi. Di fatto, come vedremo, le finalità della legge stentano a tradursi in coerenti azioni dei servizi.

Trenta anni di storia

Proponiamo ora una rilettura dei quasi trenta anni di storia dei CSM. Utilizzeremo quali criteri fondamentali l'evoluzione del mandato sociale, del rapporto tra servizi e utenti, dell'intervento sanitario. Al contempo ci soffermeremo sulle maggiori criticità che oggi si pongono nella tutela della salute mentale.

I Dipartimenti di salute Mentale nascono dall'ipotesi di trattamento socio-sanitario del disturbo mentale. In questo si differenziano profondamente dalle altre organizzazioni della Sanità. I DSM sono subito comparsi come una dimensione organizzativa inusuale, nuova, come una sfida interessante. Per questo motivo, il loro assetto organizzativo è risultato inadatto ad essere sostenuto dall'assetto collusivo⁵ tipico delle strutture ospedaliere. Negli ultimi venti anni hanno seguito un'originale evoluzione. Di seguito vengono proposti i diversi modelli orientanti il loro

² DPR 10 novembre 1999: progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000".

³ Nel corso di questo lavoro si fa riferimento a specifici modelli della relazione organizzativa, che sono declinazioni di una più generale teoria della collusione come teoria psicologico clinica della relazione sociale. Intendiamo per mandato sociale quella fonte di legittimazione dell'operato professionale che deriva da premesse che esprimono valori condivisi entro la comunità in cui il mandato opera. Mentre indichiamo nella committenza l'integrazione tra mandato sociale e domanda del cliente, attraverso la declinazione in specifici obiettivi concordati con il cliente, delle generali finalità del mandato.

⁴ Gli indirizzi presenti nella legge italiana sono coerenti con quanto indicato in ambito internazionale. A partire dagli anni '90, anche l'OMS si è più volte espressa in tema di salute mentale. In particolare dopo il noto studio epidemiologico promosso dalla World Bank, che indica il problema della salute mentale come priorità del XXI secolo. (Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinmann, A. (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York-Oxford: Oxford University Press (trad. it. *La Salute Mentale nel Mondo*, Bologna, Il Mulino, 1998). In questa pubblicazione l'OMS indica cinque principi organizzativi per promuovere l'efficacia dei servizi. Li elenchiamo soltanto, rinviando al testo per una loro più chiara definizione. I servizi devono essere: *Decentralizzati*, per assicurare prossimità alla domanda e continuità agli interventi; *versatili*, cioè "orientati per problemi"; *culturalmente integrati*; *economici*; *in grado di sviluppare risorse*.

⁵ Gli autori fanno riferimento a una teoria psicologico clinica della relazione sociale e dell'intervento psicologico, in cui è centrale la nozione di collusione. Per collusione si intende la simbolizzazione affettiva condivisa di un contesto, da parte delle persone che a quel contesto appartengono. La teoria della collusione e la metodologia dell'analisi della domanda come conseguente teoria dell'intervento sono state sviluppate in numerosi articoli e volumi. Si veda Carli, R., & Panizza, R. M. (2005). *Casi Clinici: Il resoconto in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino, per una sintesi recente di tale modello.

funzionamento. La loro successione non è lineare; si tratta infatti di dimensioni culturali la cui prevalenza cambia nel tempo, ma la cui presenza non si annulla.

Fase ideologica. Nel momento della loro istituzione, i DSM vengono proposti dalle leggi e attivati su tutto il territorio nazionale come strutture organizzative alternative al sistema ospedaliero. Sono presenti soprattutto infermieri, medici, pochi assistenti sociali, qualche psicologo⁶. La cultura prevalente è militante e finalizzata alla deistituzionalizzazione. Uno degli aspetti con cui si presenta la dimensione militante è la *sdifferenziazione dei ruoli* lavorativi. In questa fase nasce la definizione di “operatore dei servizi”. L’operatore condivide con gli utenti un’ideologia comune di liberazione. Il destinatario dell’intervento è la società civile. La lotta all’istituzionalizzazione si configura come un evento con un valore “di per sé”, e con effetto terapeutico: il metodo corrisponde all’esito. Però il vissuto prevalente, relativamente all’accesso ai servizi, è quello dell’*obbligatorietà* come nei manicomi. Nuovi servizi ideologizzati e sistema manicomiale condividono il presupposto dell’eliminazione della variabilità del soggetto e della sua domanda, anche se a partire da valori opposti. In questa prima fase i DSM corrispondono ai soli Centri di Salute Mentale. Nella loro funzione di accoglienza della domanda e trattamento del paziente, realizzano prevalentemente un’attività ambulatoriale o domiciliare. Effettuano tuttavia anche interventi sul contesto sociale, attivando risorse territoriali, dalle parrocchie alle attività sociali organizzate. Il paziente in questa fase diventa un oggetto di salvezza, di oblatività; il militante fa del bene per definizione. E’ utile ricordare che la sacrificialità, in quanto valore in sé, ignora una verifica dell’operato. Non c’è un prodotto, un risultato convenuto. *La funzione organizzativa si annulla* e la domanda è obbligata, in arrivo attraverso un’eredità manicomiale. Si alimenta la cultura del lavorare ai limiti dell’impossibile; il clima è di sacrificio e volontarietà. Il radicamento territoriale di questi servizi, la loro prossimità alle residenze degli utenti, la visibilità della loro utilizzazione, li rende in molti casi difficilmente avvicinabili: il clima è quello dello *stigma*, ancor più di oggi. Il mandato sociale di demanicomializzazione che ha dato vita a questi servizi, non muta immediatamente il vissuto della loro utilizzazione. Tale vissuto li rende tanto obbligatori quanto indesiderabili, pur con tutta la loro ideologia di liberazione rispetto al manicomio stesso. Nonostante l’obbligatorietà della relazione operatori – utenti, è comunque possibile sviluppare interventi innovativi, tarati su bisogni nuovi o precedentemente inespressi. Questo fa dell’esperienza italiana un laboratorio interessante per molti altri paesi.

Fase della tecnicità⁷. Nei successivi dieci anni è avvenuta l’evoluzione “*dal paziente obbligato al paziente garantito*”. Cambia il rapporto tra i servizi e l’utenza. Il paziente obbligato, tipico della cultura manicomiale, arrivava nei primi DSM in eredità dal manicomio. Non se ne considerava la domanda, e si faceva riferimento a un mandato sociale che guardava alla sua gravità e alla necessità di contesti contenitivi della sua presenza. Il paziente garantito è all’interno di una nuova cultura, quella della sanità pubblica di tipo specialistico. Un tecnico forte e un profano debole si incontrano entro una relazione che avalla collusivamente tale dipendenza. In questa seconda fase

⁶ Carli, R., Guerra, G., Lancia, F., & Paniccia, R.M. (1984). L’intervento psicosociale nei Servizi di Igiene Mentale: Un’esperienza. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 75 - 95.

⁷ Proponiamo qui ancora un modello della relazione organizzativa derivante dalla teoria della collusione. Per tecnicità si intende un tipo di relazione in cui un tecnico forte è in rapporto con un profano debole. La dipendenza di quest’ultimo dal primo è al tempo stesso reversibile, circoscritta e caratterizzata da una forte asimmetria: il sapere che organizza l’intervento è tutto del tecnico. Non si chiede al profano altra competenza che quella di affidarsi al sapere del tecnico. Il modello di relazione medica è buon esempio di quanto diciamo. Non a caso il modello della tecnicità segna più di ogni altro l’organizzazione sanitaria. Ed ostacola tanto lo svilupparsi di una competenza organizzativa, quanto il correlato orientamento al cliente della sanità. Quando in questo lavoro iniziamo sottolineando la specificità innovativa dei Dipartimenti di Salute Mentale entro la sanità, rileviamo il tentativo di trattare un problema che non è così facile ricondurre entro i parametri della malattia, come la salute mentale, entro un contesto più adatto di quello propriamente sanitario. Quanto questo intento sia realizzabile, è sullo sfondo di questo lavoro. Anche l’orientamento al cliente nei termini da noi proposti è un modello di relazione collusiva. Quello per il quale c’è un rapporto tra un tecnico debole e un profano forte. Forte della sua domanda e del suo problema, al servizio dei quali si pone la competenza tecnica, entro un rapporto di conoscenza e non di controllo emozionale dell’altro.

aumenta la presenza dei medici, gli assistenti sociali divengono una risorsa importante, ma soprattutto aumentano gli psicologi. Le teorie della mente si propongono in maniera attiva e le psicoterapie cominciano ad avere le proprie scuole. Dagli anni '80 agli anni '90, mentre si continua a sviluppare una psichiatria di comunità, la cultura della tecnicità fa soprattutto riferimento alle psicoterapie. Entro l'organizzazione dei servizi, la tecnicità si traduce nello sviluppo di una funzione di accoglienza finalizzata a fornire una sorta di sommatoria di prestazioni tecniche. Le prestazioni tecniche divengono fondamentali anche per la definizione e la differenziazione dei ruoli organizzativi, che vengono confusi con le professioni. La tecnicità spinge i servizi verso l'autocentratura, dotandoli di un filtro orientato ad accogliere quanto le diverse tecniche permettono di affrontare. Si crea una popolazione di specialisti medici, psicologi e psicoterapeuti in difficoltà nel garantire e assicurare un'integrazione dentro ai servizi, nel costruire linee d'intervento che considerino risorse, strumenti e obiettivi. In altri termini, si crea una popolazione di specialisti che ignorano l'organizzazione e il suo funzionamento. Ciò ha rilevanti conseguenze sulla cultura della verifica. La tecnica ha risultati attesi, previsti dalla procedura che la caratterizza. Altro è il prodotto di persone con competenze professionali, organizzate, entro una cornice strategica, in ruoli e funzioni per offrire un servizio a un cliente⁸. Ove il servizio al cliente e la sua verifica sono più importanti del risultato delle tecniche. La cultura della tecnicità che ignora l'organizzazione si traduce nei servizi in un grande investimento sui tentativi di valutazione degli esiti dei trattamenti, con la conseguente importanza della raccolta di dati quantitativi. Si incrementa la ricerca psicofarmacologica e l'uso dei nuovi farmaci si diffonde anche in conformità ad una crescente necessità di monitoraggio sulla qualità delle prestazioni tecniche e dei loro risultati. Le concezioni biogenetiche, psicogenetiche e sociogenetiche della malattia mentale si incontrano nei servizi attraverso la giustapposizione di professionisti ancorati a forti appartenenze di scuola.

Si evidenzia quanto i DSM siano ancora poco articolati sotto il profilo organizzativo e alla ricerca di modelli di integrazione, mentre crescono le diverse strutture al loro interno. Modelli di integrazione che è ben difficile trovare se si centra l'interesse sui risultati di tecniche strutturalmente confliggenti tra loro, e al tempo stesso manca l'attenzione al cliente e alla verifica del servizio. I Centri di Salute Mentale si configurano come luoghi di sommatoria di tecniche: questo ad opera tanto della componente psicologica quanto di quella medica, per la maggior parte di formazione psicoterapeutica (analitica, relazionale, cognitivista). Proprio per questa situazione, i CSM si sono trovati ad essere uno dei più forti fattori di sviluppo dei nuovi modelli psicoterapeutici. Nei servizi delle grandi città, psicoanalisti, cognitivisti, relazionali, hanno portato avanti dibattiti e discussioni, critiche e scambi. L'aspetto interessante di questi confronti è stato da una parte il rafforzamento dell'irriducibilità dei modelli teorici di cui i diversi interlocutori erano portatori, dall'altra parte la loro messa in discussione e l'emergenza di una sorprendente somiglianza delle pratiche. Questo soprattutto rispetto ai casi dei cosiddetti pazienti gravi, sfida e limite degli stessi modelli. Che non a caso hanno circoscritto il combattimento tra loro entro questa unica arena della gravità; affrontare i più generali problemi dei servizi e una domanda diversa da quella dei pazienti gravi richiederà altre competenze.

Fase attuale. L'attualità è caratterizzata da una grande complessità, che si traduce in una disomogeneità di pratiche ancora maggiore che nel recente passato. Amministratori, operatori ed utenti sembrano ormai in grado di individuare sia i problemi e le esigenze attuali, che le inadeguatezze che i servizi hanno prodotto negli anni. Tuttavia, mentre fioriscono interessanti iniziative locali, si osserva una diffusa incompetenza a tradurre in pratiche le nuove consapevolezze. Là dove le culture permeate di ideologismi e di tecnicità non sono più così confondenti, la nuova capacità di leggere problemi non si accompagna ancora ad una sufficiente competenza ad individuare strumenti e metodi coerenti. Alcune difficoltà diventano comprensibili se si considera che il mandato sociale sulla salute mentale è stato affidato al contesto sanitario. Entro tale ambito un modello di intervento fondato sull'orientamento al cliente collide con il modello sanitario, fondato sulla tecnicità medica. Si può pensare alla psichiatria come l'ambito nel quale

⁸ Il cliente da noi proposto è pure un modello di relazione collusiva. Quella per la quale un tecnico debole offre la sua consulenza a un profano forte del suo problema, finalizzando l'intervento allo sviluppo del profano e non alla correzione di un deficit di cui quest'ultimo sia eventuale portatore.

si producono quegli eventi critici⁹ che possono mettere in evidenza le risorse, ma anche i limiti della sanitarizzazione in atto di molte aree problematiche dei nostri sistemi di convivenza. Nella psichiatria risulta infatti difficile “isolare” la malattia dal malato, come generalmente avviene in medicina generale. Inoltre la fragilità delle conoscenze e dei metodi non favorisce un intervento orientato dalla forza della tecnica, come in altre discipline sanitarie. Ciò apparso ancora più chiaro nell'ultimo decennio, da quando la Medicina Basata sulle Evidenze si è diffusa anche in ambito psichiatrico per favorire l'adozione di pratiche verificate e confrontabili.

Aggiungiamo una considerazione circa la “territorializzazione”, che è stato un principio cardine della riforma concernente la salute mentale e ragion d'essere dei CSM stessi. Intesa in senso amministrativo, la territorialità ha risposto al principio di accessibilità, quindi di equità di distribuzione delle risorse che un servizio sanitario universalistico come quello italiano si impegna ad assicurare. Tuttavia ne deriva una limitazione della scelta del servizio da parte degli utenti, che oggi risulta sempre meno accettabile. Nel fare questa considerazione, pensiamo all'altra componente della territorializzazione. Con la territorializzazione si vuole mettere in relazione il funzionamento dei servizi con la conoscenza della domanda dell'utenza. Il modo in cui i servizi interagiscono con la domanda costruisce la domanda stessa, e la psichiatria di oggi si trova confrontata con una serie di problematiche legate alla costruzione della committenza.

Di seguito vengono indicati alcuni nodi problematici che segnano l'attualità dei servizi psichiatrici, utili alla presentazione del caso qui proposto. Si tratta di aree di intervento in possibile sviluppo, che sollecitano l'acquisizione di una più matura professionalità che coniughi la competenza clinica con quella organizzativa.

Aziendalizzazione. Tutte le strutture sanitarie, con la riforma 833 del 1978, sono state raggruppate entro unità amministrativo-gestionali chiamate Unità Sanitarie Locali. Successivamente il decreto legislativo n 502 del 1992 avvia il processo di aziendalizzazione istituendo le Aziende Sanitarie Locali (ASL), processo su cui il legislatore interverrà più volte negli anni successivi e che si può considerare tuttora in corso. Attraverso questi interventi si interviene su una cultura che tende a ignorare la sua realtà organizzativa. In altri termini, si sottolinea che anche le strutture del sistema sanitario sono un'organizzazione, ovvero un insieme di sistemi di utilizzazione di risorse scarse (umane, tecnologiche, di conoscenze, economiche) per la realizzazione di obiettivi, in rapporto a un cliente. L'aziendalizzazione sottolinea la rilevanza economica degli atti compiuti dall'organizzazione sanitaria. L'evento dell'aziendalizzazione infatti ha introdotto, nella pratica del funzionamento delle strutture, dimensioni di limite ed economicità dell'evento sanitario¹⁰. Va considerato inoltre che i modelli organizzativi dei DSM attuati nelle diverse regioni italiane sono differenti tra loro. C'è l'esigenza di pensare modelli organizzativi dei DSM che rientrino nelle logiche di razionalizzazione aziendale, e siano al tempo stesso utilmente riferibili alle diversità territoriali¹¹.

La riorganizzazione interna dei servizi. Si diffonde una cultura della progettazione di interventi che non corrisponda a una sommatoria di tecniche, ma che lavori guardando al cliente. Quanto all'ancoraggio delle persone che lavorano nei servizi all'identità professionale, più che ai ruoli e alle

⁹ Per evento critico si intende quella disfunzione organizzativa che si presenta ripetitivamente senza che si riesca a correggerla. Si propone di vedere in tali eventi un fallimento dei modelli collusivi che reggono le relazioni di un'organizzazione da un lato, una risorsa per individuare le caratteristiche del funzionamento organizzativo e un suo possibile sviluppo dall'altro.

¹⁰ Si veda Carli, R. (1998) *Sanità ed Azienda: Riflessioni sull'organizzazione sanitaria. Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 16, 3, 326-347. In questo lavoro si discute quanto l'autore definisce il paradosso dell'efficacia nella cultura medica. Le iniziative di controllo della spesa sono in continua tensione conflittuale con questa cultura. L'Autore mette a confronto efficacia come realizzazione di obiettivi ed efficienza come ottimizzazione delle risorse per la realizzazione degli obiettivi, entro il contesto sanitario. Ricordando come l'obiettivo della sanità sia migliorare lo stato di salute della popolazione, sottolinea come questo obiettivo non abbia, per definizione, limiti. E come di conseguenza comporti il rischio di un'efficienza paradossale, a risorse illimitate. Le risorse scarse sono adeguate solo per obiettivi precisi e limitati in funzione della committenza e del contesto.

¹¹ Si veda ad esempio l'interessante proposta di Thornicrof, G., & Tansella, M. (2000). *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

funzioni, si è aperta una fase di ripensamento, con particolare attenzione alle funzioni (ad esempio di accoglienza, di case management).

La ridefinizione del paziente grave. Inizialmente definito tale in base alla psicopatologia di cui era portatore, (disturbi schizofrenici, gravi disturbi dell'umore, gravi disturbi di personalità), oggi più pragmaticamente ci si occupa di "situazioni gravi e/o di non collaboratività". Tale ridefinizione centra l'attenzione sul sistema contesto/servizio e richiede una nuova concettualizzazione degli interventi. Da qui anche l'interesse per modelli di intervento di più chiara matrice anglosassone, quale l'ACT (*Assertive Community Treatment*)¹².

Le domande provenienti da altre organizzazioni possono essere considerate ambiti di sviluppo dei servizi perché portano con sé, in maniera più competente, la variabilità ambientale¹³. Pensiamo ad esempio alle associazioni delle famiglie e più recentemente a quelle degli utenti. Tali associazioni rappresentano una committenza forte per i servizi. Anche le organizzazioni di volontariato e no profit cominciano ad interagire col funzionamento dei servizi; la modalità più frequente è la partecipazione alla realizzazione e gestione delle strutture intermedie.

*La domanda relativa ai cosiddetti disturbi emotivi comuni*¹⁴. Si tratta di quella tipologia di domanda che non si organizza rapidamente entro le modalità di richiesta di cura precedentemente attese dai servizi. Spesso ha come referenti anche altre agenzie, ad esempio implica il rapporto con il medico di base. Si tratta di un fenomeno di rilevante impatto sociale e sanitario, emerso chiaramente dalle ormai diffuse rilevazioni statistiche epidemiologiche circa la affluenza ai CSM: con modeste variazioni, emerge che la metà della domanda è riferibile a questa area. Come la precedente domanda, mostra quanto nei servizi deputati alla salute mentale, sia attualmente presente a pieno titolo una domanda di soggetti non scontatamente considerabili pazienti e pensabili all'interno di interventi di cura. Queste aree stimolano un pensiero critico nei confronti del funzionamento del contesto e dei suoi attori, e pongono l'accento sull'importanza di criteri di programmazione e messa in atto di progetti d'intervento che siano discussi e verificati all'interno di un'ottica di orientamento del servizio al cliente.

Accoglienza. Uno dei problemi fondamentali nei servizi risulta essere legato all'erogazione di risultati tecnici non adeguati alla risoluzione di problemi portati dal cliente. Il modello della tecnicità (medica, infermieristica, psicologica) funziona scegliendo l'oggetto a cui può applicare la sua tecnica, cioè ha bisogno di un filtro orientato a sé. La scommessa dei servizi aperti alla domanda è che il filtro non elimini ciò che non compete ai tecnici presenti nell'organizzazione, ma conosca e categorizzi la domanda nella sua varietà.

Il progetto terapeutico e la presa in carico. Il CSM ha nel Dipartimento una posizione di centralità proprio in quanto è il luogo di arrivo della domanda. Per accedere alle altre strutture (non a quella ospedaliera, l'SPDC, che può avere il suo accesso diretto dato dall'urgenza), si deve passare attraverso il CSM. La sua funzione specifica è, come abbiamo detto, quella di assicurare l'integrazione dei progetti terapeutici. L'importanza di questa integrazione ai fini di una presa in carico rispettosa della domanda di qualità di vita dei pazienti, dei loro familiari e del più allargato contesto di riferimento, è oggi in grande risalto più per i suoi insuccessi che per i risultati raggiunti.

¹² Burns, T., & Firn, M. (2002). *Assertive Outreach in Mental Health: A Manual for Practitioners*. Oxford: Oxford University Press.

¹³ Definiamo organizzazioni autoriferite quelle che rappresentano il proprio cliente come nemico, tendenzialmente disturbante la stabilità del nucleo tecnico caratterizzante l'organizzazione, con la variabilità di richieste e problemi di cui è portatore. Nucleo protetto, alla periferia dell'organizzazione, da un filtro ostacolante l'avvicinamento del cliente al nucleo tecnico (ad es. attraverso procedure burocratiche). Sono invece organizzazioni orientate al cliente quelle che organizzano competenze e strutture per entrare in relazione con il cliente, al fine di conoscerne la domanda. In questo ultimo caso la variabilità del cliente è fonte di informazione e non di disturbo.

¹⁴ Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. London - New York: Tavistock/Routledge (trad. it. *Disturbi emotivi comuni*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1993).

Le difficoltà nelle relazioni entro le equipe e i servizi e fra servizi, continuano a motivare domande di formazione e a stimolare riflessioni interessanti¹⁵.

Un intervento in un CSM

L'analisi della domanda

Iniziamo dal prendere in considerazione chi chiede cosa a chi. Il CSM, attraverso il responsabile della formazione, contatta un gruppo di psicologi, che chiameremo GP. GP fa attività di consulenza psicologico clinica rivolta ad organizzazioni. Uno degli psicologi riceve il responsabile della formazione presso la sede di GP. Il responsabile dice che il CSM sta decidendo sulla propria formazione attraverso alcune assemblee di operatori, che indicano tanto le esigenze formative, quanto i docenti che si preferirebbe avere. I problemi individuati sono due: da un lato si vuole una supervisione di casi "gravi" (per questo ci si sta rivolgendo a un "clinico" che ha formato alla psicoterapia alcuni di loro); dall'altro si vuole un intervento su "la dinamica del gruppo di lavoro" che si ritiene problematica. Da un lato il responsabile parla di recenti gruppi interdisciplinari costituiti con appositi scopi, ad esempio un gruppo che lavora presso una casa - famiglia; dall'altro di gruppo genericamente inteso, per indicare l'insieme degli operatori del CSM. E' per questa seconda attività, l'intervento su "la dinamica del gruppo di lavoro", che il responsabile si rivolge a GP. Alcuni operatori del CSM, infatti, conoscono GP come gruppo esperto di comunicazione e conflitti. Il responsabile aggiunge che non tutti gli operatori del CSM parteciperanno, perché non tutti sono d'accordo sul fatto che la tensione conflittuale tra di loro sia un vero problema. Inoltre, anche tra quelli che lo ritengono un problema, non c'è completo consenso sul fatto che sia il caso di chiedere consulenza su una tale questione. Alcuni ritengono, infatti, che le difficoltà a lavorare insieme vadano risolte tra di loro, senza la presenza di un estraneo, e che sia esclusiva responsabilità degli operatori del CSM trovare una soluzione ai problemi che li concernono. Il responsabile della formazione dà anche alcune informazioni sulla storia del servizio. In particolare dice perché, a suo avviso, si è arrivati a una situazione problematica nei rapporti tra operatori. A un nucleo storico, di "vecchi", si sono aggiunti numerosi ingressi, soprattutto di medici, "nuovi". Nel passato si lavorava in grande accordo. I conflitti c'erano solo con alcuni primari, valutati come poco competenti. In un caso, ricorda il responsabile con una certa soddisfazione per la forza che il gruppo aveva mostrato, un conflitto più aspro aveva portato addirittura al pensionamento anticipato del primario. Poi recenti ingressi, soprattutto di psichiatri con una formazione più organicista di quella della vecchia guardia, caratterizzata da un comune orientamento psicoanalitico, hanno destrutturato la coesione del gruppo e creato tensioni. Dalle parole del responsabile, che fa parte dei "vecchi", traspare la speranza che alla fine della consulenza ritorni la coesione tra loro che aveva caratterizzato il passato. Il responsabile della formazione conclude la sua richiesta specificando che ciò che ha detto è, d'altro canto, la sua opinione. Sta parlando a titolo personale. Per capire cosa vogliono i colleghi, GP dovrà parlare direttamente con loro. Quanto alla partecipazione, ciascun operatore potrà scegliere, a titolo personale, se partecipare o meno a una o entrambe le iniziative formative. Due psicologi di GP, dopo questo primo incontro, si recano presso il CSM per riprendere anche con il primario del servizio le questioni proposte dal responsabile della formazione. All'incontro è presente anche il responsabile della formazione, che incontra GP con qualche minuto di anticipo rispetto alla presenza del primario. In questa occasione il responsabile avvia con GP una conversazione interlocutoria. Come se si stesse parlando di qualcosa che non concerne affatto la richiesta di consulenza, butta lì che il primario, quasi fosse una sua idiosincrasia, teme come la peste le Associazioni delle famiglie dei pazienti. Quando arriva il primario, uno psichiatra alla sua prima esperienza di responsabilità di un servizio, dirà che non ha molto da aggiungere a quanto già detto dal responsabile della formazione. Il primario si mostra desideroso di accontentare le richieste dei colleghi e di sentire il parere di GP, al quale chiede un'offerta e un progetto. Il budget di cui il servizio dispone corrisponde a 15 giornate di lavoro da parte di GP.

Possiamo disporre di molti elementi sulla domanda del CSM. Iniziamo con il chiederci chi è che pone la domanda. Di che tipo di organizzazione si tratta? Dai due incontri effettuati si colgono alcune dimensioni sintomatiche della dinamica collusiva che caratterizza il CSM. Il responsabile della formazione fa molte considerazioni a titolo personale. Sarebbe non aver assunto quella funzione, propria del suo ruolo, di garantire una sintesi delle esigenze formative del servizio e formulare una conseguente richiesta al

¹⁵ Ricordiamo l'intenso scambio formativo che si è prodotto fra i servizi; entro la letteratura che ne è derivata rimandiamo, a titolo esemplificativo, a due lavori: Correale, A. (1991). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla; Refolo, G. (2001). *Psichiatria prossima*. Torino: Bollati Boringhieri,.

consulente. Piuttosto parrebbe fare da portavoce alle richieste di alcuni di loro emerse nel corso di una discussione collettiva sulle iniziative formative da attuarsi nel CSM. Entro il servizio, non solo la discussione sulle esigenze, ma anche la presa di decisioni sulle iniziative formative viene effettuata secondo una modalità assembleare. Emergono divergenze e conflitti. Sembrerebbe che non ci sia una differenziazione di ruoli e funzioni. Pare mancare una gerarchia che medi rispetto ai conflitti da un lato, attribuisca specifiche responsabilità a differenti ruoli organizzativi dall'altro. Piuttosto, il CSM è caratterizzato da un lungo rifiuto dei ruoli gerarchici, rappresentato dai ripetuti conflitti tra operatori e primari. Conflitti che contrapponendo ai primari un gruppo coeso di operatori, hanno permesso a questi ultimi di vivere un sentimento condiviso di appartenenza al servizio. Si è trattato di una forma di appartenenza fondata sull'espulsione delle differenze dal gruppo, attraverso il conflitto con qualsiasi diversità al loro interno, simbolizzata come nemico. Viene presentato inoltre un altro nemico al quale contrapporsi. E' in atto un conflitto con la direzione del Dipartimento, vissuta come un organismo controllore e mortificante le loro iniziative, per esempio nell'ambito della formazione. Il CSM propone una modalità di appartenenza sdifferenziante, poco adatta a individuare e integrare le differenti competenze utili all'organizzazione. Di qui la debolezza o l'assenza di ruoli e funzioni. Quanto all'attuale primario, sembra vivere con timore il suo ruolo. Se la diversità rappresentata dalla gerarchia è stata aggredita nel passato, oggi si può comprendere la sua posizione defilata. Rispetto all'assunzione di una committenza, il primario assume una posizione accondiscendente rispetto alle varie esigenze che emergono in rapporto alla formazione. Non assume una funzione di interpretazione di tali esigenze, per esprimere una strategia di intervento sui problemi del CSM. Di conseguenza le differenti esigenze generano due iniziative formative che nel vissuto del responsabile appaiono in competizione tra loro: la supervisione di casi gravi da un lato, la consulenza sulle relazioni di lavoro tra operatori dall'altro. Tra le due iniziative formative c'è una relazione che non è stata interpretata. Aggiungiamo che il primario e il responsabile della formazione, parlando del servizio, hanno taciuto su ruoli e funzioni. Hanno parlato invece di professioni: medici innanzitutto, poi psicologi, assistenti sociali ecc. Una prima ipotesi è che nelle due iniziative formative venga espressa la scissione tra la prestazione professionale nei confronti del cliente (intervento sui casi gravi) e il più ampio funzionamento organizzativo, ovvero il contesto entro cui tale prestazione professionale ha luogo (relazioni di lavoro conflittuali). Vengono alla mente le note difficoltà del contesto sanitario a darsi una competenza organizzativa, derivanti dalla potenza del prevalente modello medico che fa ruotare tutta l'organizzazione intorno alla relazione medico – paziente, rendendo difficile ogni integrazione, verticale come orizzontale¹⁶. Inoltre, la prestazione professionale viene riconosciuta come competenza (supervisione) mentre le relazioni organizzative vengono ridotte a relazioni conflittuali tra persone senza ruolo (richiesta di un intervento correttivo di rapporti genericamente tesi, attraverso una generica "dinamica del gruppo di lavoro"). Infine va notato che nella richiesta di consulenza a GP non è stato fatto nessun accenno al rapporto del CSM con il cliente. I problemi che si vivono all'interno del CSM sembrano esistere a prescindere dal rapporto con questo fondamentale interlocutore del servizio. Mentre è stato buttato là che è in atto un conflitto con le associazioni delle famiglie.

Parrebbe, in sintesi, che si sia in presenza di una cultura autocentrata e priva di un funzionamento organizzativo che definisca, coordini e integri le differenti competenze. Appare la scissione tra competenza tecnica (che si vuole potenziare con la supervisione dei casi gravi) e competenza gestionale, ignorata. Al

¹⁶ Quanto al conflitto che può crearsi tra modello di relazione proprio del rapporto medico – paziente e gestione organizzativa, ricordiamo una consulenza presso un SPDC, un Servizio di Diagnosi e Cura, ovvero un reparto psichiatrico collocato all'interno di un Ospedale. Anche in questo caso era stata richiesta una consulenza sulla cattiva, conflittuale comunicazione che caratterizzava gli operatori del SPDC. Apparve chiaro che gli psichiatri avevano la leadership del servizio, ma che non riuscivano a tradurla in efficace coordinamento delle attività. Piuttosto, tutti erano in competizione con tutti, e in particolare gli psichiatri lo erano tra di loro. Lo erano in nome della "responsabilità medica", che impedisce di affidare la cura del proprio paziente ad altri. Si pose così il seguente problema: nel servizio convivevano medici che privilegiavano un intervento farmacologico "pesante" (metaforicamente, venivano indicati come i medici "per vena"), e medici che ne preferivano uno più "leggero" (definiti medici "per bocca"). Quando, nell'alternarsi dei turni del reparto, a un medico "per vena" ne succedeva uno "per bocca", gli infermieri cambiavano di conseguenza la terapia dei ricoverati. E viceversa. Lo stesso ricoverato poteva così trovarsi ad essere oggetto di successive, differenti modalità terapeutiche, a seconda del medico in quel momento responsabile della cura. Lo sforzo integrativo che si effettuò alla fine della consulenza fu di collocare i medici "per vena" al pronto soccorso, quelli "per bocca" all'interno del reparto. Guerra, G., & Paniccchia, R. M. (1987). Analizzare la domanda: Un caso di intervento in un servizio di diagnosi e cura, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 54-64.

posto della competenza gestionale, ove le relazioni sono organizzate da ruoli e funzioni, appare una rappresentazione del CSM come luogo abitato da persone caratterizzate da una professione (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali) e da idiosincratice caratteristiche di storia personale e di "carattere". Il servizio si presenta come un insieme di individui sul punto di disgregarsi. Alla disgregazione si contrappone un movimento centripeto, di coesione difensiva del gruppo contro ogni estraneità. Ad esempio, difesa dall'estraneità rappresentata dalla gerarchia, come da quella vista nelle competenze professionali diverse dalle proprie (intervento farmacologico contro psicoterapia e viceversa, ma anche psicologi contro medici e viceversa, e così via). Ma anche difesa contro l'estraneità rappresentata dal consulente (i nostri problemi vanno risolti al nostro interno) e da quella individuata nella direzione del Dipartimento.

Vediamo ora a chi viene posta la domanda, e cosa gli si chiede di fare. Si pensa ad esperti di conflitti e comunicazione, che riconducano il gruppo alla perdita coesione. Si tratta di un generico "gruppo" che riassume e confonde in sé tutte le relazioni organizzative, e che attualmente presenta alcune disfunzioni. Disfunzioni che possono essere lette come deficit da correggere, o come informazioni il CSM può acquisire sul suo funzionamento. Ad esempio sugli obiettivi che si perseguono, sul rapporto con il cliente, sulla relazione degli operatori tra loro. La rappresentazione della comunicazione come competenza scissa dal contesto, fonte di conflitti ove le persone che la attuano abbiano un deficit di conoscenza delle sue tecniche di base, trova corrispondenza in una tradizione abbastanza consolidata nel campo della formazione rivolta alle organizzazioni. Nella formazione "a pacchetto", che si ripete secondo modalità sempre uguali, senza che sia prevista la conoscenza del contesto in cui viene erogata, si tratta la comunicazione come una competenza che non ha rapporto con il contesto entro il quale si comunica. E si pensa che sia possibile apprendere il suo funzionamento facendo riferimento a tecniche di "buona comunicazione", con relativo addestramento delle persone interessate da parte dei consulenti. Quanto ai conflitti, possono essere a loro volta scissi dal contesto che li causa e visti come disfunzione da sanare. Va notato, per altro, che nella domanda del CSM è presente uno specifico modo di definire i problemi: il responsabile della formazione non solo ha parlato di "dinamica di gruppo" per indicare la sede del problema, ma ha anche ipotizzato che fare della "dinamica di gruppo" con la presenza di un consulente possa essere la soluzione. I termini "dinamica di gruppo" evocano una particolare cultura, per la quale si pensa che delle persone che lavorano insieme condividano emozioni. E che, attraverso una discussione in gruppo che ne permetta l'espressione, sia possibile promuovere un apprendimento su di esse. Senza al contempo implicare necessariamente il contesto in cui si lavora e una sua analisi. In sintesi, nella domanda potrebbe esservi l'ipotesi che le persone che lavorano nel CSM debbano fare apprendimento, in gruppo, della dinamica emozionale che caratterizza le loro relazioni, senza per questo includere l'analisi del funzionamento del CSM nel suo complesso.

L'ipotesi di scindere i problemi indicati nella domanda dal contesto che li motiva, è assai lontana da quanto GP da tempo produce come teoria psicologico clinica della relazione entro le organizzazioni e mette in pratica come intervento. Si veda a tale proposito l'elaborazione della metodologia dell'analisi della domanda¹⁷. Se il CSM ha problemi di comunicazione e di conflitto, tali questioni vengono assunte come sintomo del suo funzionamento. Si tratta non tanto di disfunzioni da sanare, quanto di potenziali risorse per un suo sviluppo. Il CSM sembra mancare di una strategia condivisa che istituisca un'appartenenza diversa dalla coesione difensiva, e permetta l'integrazione tra ruoli; la lettura di questi sintomi, cattiva comunicazione e conflitto, può contribuire a svilupparne una.

Non dimentichiamo, al tempo stesso, che trattare comunicazione e conflitto come informazioni e non come disfunzioni può produrre rilevanti conseguenze sui sistemi di potere che caratterizzano il CSM. Se le disfunzioni sono deficit da sanare, non vengono messe in discussione le relazioni di potere che caratterizzano l'organizzazione che le propone. Se invece sono informazioni, le relazioni di potere diventano oggetto di revisione e di critica. Se cattiva comunicazione e conflitto sono informazioni sulle modalità di relazione che caratterizzano un contesto, verrà esaminato e messo in discussione tutto il complesso dei rapporti tra persone, ruoli e funzioni, senza escludere vertici e gruppi di potere informali. Questo modo di condurre la consulenza comporta che la committenza, chi ha il potere di commissionare il lavoro allo psicologo, va fortemente implicata in tutto il corso dell'intervento. Comporta quindi che la definizione degli obiettivi, la discussione delle difficoltà previste in corso d'opera ove si metteranno in discussione le relazioni di potere, i metodi che verranno adottati nell'intervento, siano oggetto di un continuo confronto, con l'obiettivo di trovare un accordo con tutte le parti in causa. Con il committente da un lato, con tutte le persone a vario titolo implicate dall'altro. Aggiungiamo che la messa in discussione dei sistemi di potere presenti in un'organizzazione ha senso solo quando l'organizzazione stessa sia adeguatamente interessata a

¹⁷ La letteratura in proposito è numerosa e protratta nel corso del tempo. Per una sintesi abbastanza recente, si veda Carli, R., & Paniccia R. M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* Bologna: Il Mulino.

perseguire risultati presso il proprio cliente. Nei termini proposti dalla teoria psicologica alla quale facciamo riferimento, diremo che un'organizzazione è interessata a mettere in discussione i propri sistemi di potere inefficaci, quando li sente effettivamente tali. Ovvero, quando intende porre un limite all'onnipotenza delle proprie fantasie collusive agite entro le relazioni di potere inefficaci, poiché avverte la loro portata distruttiva. In questo caso, nell'organizzazione è presente l'interesse per la conoscenza della realtà in cui si opera e per le persone che a quella organizzazione si rivolgono per avere prodotti o servizi. Si tratta così, anche nel caso del CSM, di verificare, nel corso dell'intervento e man mano che si convengono gli obiettivi, se c'è quell'interesse per la realtà in cui si opera e per il cliente. Un interesse tale da rendere conveniente la ricerca di limiti capaci di sconfiggere le fantasie collusive responsabili dei conflitti e della inefficace comunicazione. Infatti cattiva comunicazione e conflitti possono diventare risorsa per il CSM, se indicheranno le occasioni di fallimento delle fantasie collusive.

Va pure tenuto presente che qualcuno, nel CSM, conosce GP. Inoltre, che GP ha pubblicato le proprie ipotesi sull'intervento. Ci sarà anche un'ipotesi, più o meno esplicita, che GP intervenga trattando le disfunzioni come informazioni. La conoscenza, da parte di alcuni, nei confronti di GP ha anche altre connotazioni. Se si conosce GP, si sa che fa riferimento anche alla teoria psicoanalitica. La prassi psicoanalitica è quanto caratterizza il gruppo dei "vecchi"; il responsabile della formazione ha manifestato una certa nostalgia per la passata coesione del gruppo. Sembra che GP possa diventare un consulente di parte. Inoltre, GP è composto da due medici e tre psicologi, tutti con formazione psicoanalitica e psicosociale. Coniuga quindi al suo interno due delle professioni caratterizzanti il CSM e in conflitto tra loro. Ancora: GP fa riferimento alla psicopsicologia di derivazione francese. Si dovranno tenere presenti tali questioni¹⁸.

Una proposta di intervento

Per GP si tratta quindi di dare una risposta che tenga presenti tutte queste condizioni, non ultimi i limiti di budget posti dal CSM. Si discute del caso entro GP. Quando un'organizzazione denuncia conflitti al suo interno e non parla del cliente, la diagnosi è di una semplicità imbarazzante. Si tratta di un'organizzazione autocentrata, che implode su se stessa conflagrando. Difendendosi in tal modo dal sentimento di impotenza che vive in rapporto al cliente. Trovando un appagamento emozionale nell'intensità, drammaticità, prevedibilità ed onnipotenza del conflitto stesso. Quando manca la competenza a trattare con il cliente, l'organizzazione si ripiega su di sé ed esplodono conflitti interni che si presentano come la cosa più importante del mondo, escludente tutte le altre. Ciò che fa paura, il cliente, può sparire dall'orizzonte. Come richiesta difensiva, l'organizzazione chiede al consulente di essere assecondata e confortata in questo suo isolamento. La risposta collusiva da parte dello psicologo comporta che si ceda a questa pretesa suicida. La risposta utile comporta che la si aiuti a riprendere il rapporto con il cliente, ovvero con la realtà, con maggiore competenza.

Si diceva che la diagnosi è semplice: il sintomo è chiaro e proposto con evidenza e ricchezza di prove. Ma la diagnosi può essere anche imbarazzante, nella sua inutilità per il CSM. Come dividerla con il CSM? Come far sì che il CSM ne faccia buon uso? Il CSM è interessato ad attuare una conoscenza su di sé e sul proprio funzionamento, o vuole inglobare il consulente entro la dinamica collusiva che lo caratterizza e per la quale lo ha chiamato? Inoltre, poiché fino a prova contraria si suppone nel CSM un interesse di questo tipo, come agire entro i limiti delle risorse a disposizione?

GP ipotizza di proporre una ricerca - intervento che attui una diagnosi del loro funzionamento organizzativo attraverso l'attiva partecipazione degli operatori. La partecipazione a un processo di conoscenza dei modi di funzionamento del CSM, quindi delle sue disfunzioni e delle sue potenzialità, permetterà agli operatori di capire i loro problemi. Il generale principio che c'è conflitto interno quando c'è incompetenza a trattare con il cliente potrà, attraverso la ricerca, trovare una declinazione entro la specificità del CSM. Se non calerà entro questa specificità, se non verrà riconosciuto entro la realtà vissuta dagli operatori, non potrà che essere proposto come valore, attraverso consigli, prescrizioni e prediche che sappiamo essere di scarsa o nulla efficacia. GP è inoltre certo che l'individuazione degli specifici modi in cui si declina la disattenzione nei confronti del cliente, permetterà di individuare non solo le cause del conflitto, ma anche linee di sviluppo del servizio. L'intervento viene tarato sulle 15 giornate di lavoro previste dal budget. Inoltre, GP accetta la

¹⁸ Sarà interessante notare che il CSM, quando accetterà la proposta di GP di effettuare un intervento basato sulla diagnosi del suo funzionamento, non parlerà più di dinamica di gruppo e sceglierà di connotare la formazione degli operatori come formazione psicosociale; un termine di mediazione, rispetto alle varie identità professionali e teoriche presenti al suo interno.

condizione che all'intervento partecipi solo chi lo desidera; condizione problematica, in quanto potrebbe diventare occasione per una espressione agita del conflitto tra parti del servizio. La si discuterà approfonditamente con i presenti nel suo significato sintomatico, e si valuterà con loro se questo modo di partecipazione renderà impossibile il proseguimento dell'intervento.

In un ulteriore incontro con il primario del CSM e il responsabile della formazione, si propone una prima lettura della loro domanda. Quindi GP propone la sua ipotesi di intervento, motivandone le ragioni. Si chiarisce che la diagnosi organizzativa proposta è fondata su modelli di lettura psicologico clinici della relazione. Modelli che permetteranno così di comprendere i motivi della mancata comunicazione e degli aspetti disfunzionali dei conflitti. La formazione degli operatori avverrebbe tramite la partecipazione alla raccolta dei dati sulle loro modalità di relazione organizzativa e alla discussione della loro interpretazione. La proposta di questa modalità di intervento è una prima verifica dell'intento del CSM di conoscere e mettere in discussione le proprie fantasie collusive. L'ipotesi viene accettata, e alla fine dell'incontro il primario chiede un progetto.

GP propone un'offerta; il CSM la approva. Tra il primo contatto e l'offerta di GP al CSM sono passati tre mesi. Tra l'offerta e l'incarico ne passeranno nove. L'approvazione passa dal Dipartimento, dalle sue norme, i suoi tempi. E dal conflitto tra CSM e Dipartimento. L'intervento, considerato come presenza di GP nel CSM a valle dell'incarico, per discutere del lavoro con gli operatori, raccogliere i dati, analizzarli, discuterli e restituirli attraverso un rapporto dura tre mesi. Seguiranno poi due incontri di verifica tra GP e CSM, il primo a due mesi di distanza dalla consegna del rapporto, il secondo a cinque mesi.

La cultura locale del CSM

In seguito alla lettera di incarico, GP procede nella consulenza con un incontro di mezza giornata presso il CSM. Incontro dedicato alla presentazione e discussione dell'intervento agli operatori interessati, 30 persone circa. Mancano due medici e un infermiere, che non parteciperanno. Tutti gli altri sono presenti. Il responsabile della formazione dice che con il passare del tempo e dopo che ha proposto agli operatori il progetto di GP, il consenso sull'iniziativa è cresciuto. Nel primo incontro si verifica l'accordo dei partecipanti sull'ipotesi di intervento fatta da GP. Nel corso di un secondo incontro, a pochi giorni di distanza, si effettua una raccolta di testi scritti individualmente dai partecipanti, sulla loro esperienza di lavoro nel Servizio. Il lavoro prosegue dividendo i partecipanti in due gruppi, chiedendo loro quali sono i problemi e le prospettive del servizio e cosa ci si attende dalla consulenza. La discussione viene registrata. Infatti si tratta di raccogliere un testo da sottoporre a una specifica metodologia, AET, Analisi Emozionale del Testo¹⁹, per ottenere una rappresentazione delle dinamiche collusive, o cultura locale, che caratterizzano il CSM¹⁹. La successione degli scritti individuali seguiti dalla registrazione dei gruppi intende esplorare l'eventuale differenza tra la cultura espressa a partire da una posizione individuale e quella collusivamente organizzata dal gruppo di discussione. Successivamente GP, nell'arco di tre settimane, analizza i testi raccolti e interpreta i dati ottenuti. Si realizza il terzo incontro con i partecipanti: viene comunicata e discussa una diagnosi del funzionamento del CSM. Vediamone i principali aspetti.

¹⁹ L'AET (Analisi Emozionale del Testo) si fonda sull'ipotesi che le emozioni espresse attraverso il linguaggio siano un organizzatore fondamentale della relazione. Il linguaggio, nell'ipotesi di AET, non è mai narrazione individuale, ma sempre organizzatore di rapporti. In questo senso, l'analisi non ha come oggetto le sequenze, ma agli incontri, entro segmenti di testo, di parole con un massimo di densità emozionale e un minimo di ambiguità di senso. Si tratta di parole il cui senso emozionalmente denso è evidente anche quando la parola è estratta dal contesto del discorso. Parole emozionalmente dense sono, ad esempio, le parole amore, fallimento, ambizione. Tali parole vengono appunto definite parole dense. Al contrario di parole come in, di, ogni. Ma anche di parole come definire, seguire, ambito, ritenute non dense. Si tratta infatti di parole la cui ambiguità è tale, da richiedere il contesto del discorso perché il loro senso emozionale si definisca. Per procedere nell'analisi, il ricercatore dopo aver ottenuto un completo vocabolario del testo in esame, sceglie le parole dense contenute in esso scartando le altre. Quindi le processa attraverso una metodologia statistica che le raggruppa in cluster. L'analisi dei cluster e dello spazio fattoriale in cui essi si collocano permette di individuare la dinamica collusiva, o cultura locale del testo in esame. Carli, R., & Paniccchia, R. M. (2002) L'Analisi Emozionale del Testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi. Milano: FrancoAngeli.

Con AET abbiamo ottenuto una mappatura della cultura locale²⁰ propria del CSM. Tale cultura è articolata in diverse posizioni, in rapporto tra loro. Tra le diverse posizioni espresse, ne emerge una che parla di ciò che accade ai confini del servizio, del rapporto tra interno ed esterno del CSM. Si tratta di un rapporto sentito come fondamentale, ma in profonda crisi. A rischio di fallimento. Il rapporto in questione, si badi, è quello tra il servizio e il potenziale cliente. Non si tratta del rapporto tra singole professionalità e singoli pazienti. Chi si presenta ai confini del servizio non è un scontatamente un paziente. Può trattarsi, ad esempio, dei familiari o dei condomini di una persona in difficoltà, di un'istituzione come la scuola o l'ospedale, dell'associazione delle famiglie. Questo aspetto della cultura del CSM porta alla luce quanto la domanda del responsabile della formazione e del primario aveva taciuto: la relazione tra l'organizzazione e il suo cliente. La rilevanza attribuita a quanto accade ai confini del servizio e le difficoltà avvertite nel gestirlo ci dicono che il problema del CSM è nel rapporto tra organizzazione e cliente. Si tratta di un'organizzazione che non riesce ad istituire una relazione efficace con il suo cliente, che fallisce in questo. Entro la mappatura culturale del CSM questo modo di rappresentare il servizio è rilevante. La sua importanza dice come l'ipotesi che GP aveva fatto che conflitti e cattiva comunicazione derivassero dal mancato orientamento al cliente fosse fondata.

A questo modo di rappresentare il servizio se ne contrappone un secondo, espressivo di una cultura dell'iniziativa doveristica, di ciò che si dovrebbe fare nel CSM. Delle grandi finalità indicate dal mandato sociale. In particolare, reinserire, risocializzare l'utenza. La prima posizione culturale rilevata mette in scena ciò che accade ai confini del CSM e il rapporto con il cliente, la seconda ne rappresenta l'interno e il riferimento al mandato sociale. Sul polo dell'interno del CSM e del mandato sociale viene rappresentato un contesto sociale dato, funzionante, conforme, dal quale qualcuno, a causa dei suoi disturbi o delle sue difficoltà di adattamento, corre un rischio di espulsione.

La cultura del CSM si declina lungo un asse che da un lato, quello della prima posizione culturale, vede un'organizzazione che va costruita nella relazione con il cliente; relazione da convenire attraverso regole condivise che non si riesce a trovare. Questo è il polo della crisi, dell'impotenza, della mancanza di competenza nel fronteggiare queste esigenze. La discussione dei gruppi è in rapporto con questo polo²¹. Sull'altro polo dell'asse la cultura del CSM si declina in una posizione culturale che vede il sistema sociale quale organizzazione data e conforme, all'interno della quale il CSM riconduce l'utenza. Gli scritti individuali sono in rapporto con questo polo²². Quando gli operatori del CSM escono da una posizione individuale doveristica e riferita al mandato sociale, l'entrare in relazione tra loro li porta a vivere il conflitto, ma anche a confrontarsi, sia pure problematicamente, con il cliente del servizio.

Ricordiamo la supervisione dei casi gravi, che viene realizzata nel CSM insieme all'intervento che qui resocontiamo. Non è lì la crisi, né l'incompetenza del CSM. Dai dati della ricerca si può supporre che si abbiano più strumenti per trattare i casi già presi in carico come gravi, di quanti non se ne abbiano per trattare chi si presenta alle porte del servizio. L'AET ci dice che chi si presenta alle porte del CSM viene definito "la gente"; evocando così una massa indifferenziata, numerosa, pressante. Quanto all'iniziativa formativa che si voleva rivolta a "la dinamica di gruppo", nella sua dimensione autocentrata era difensiva nei confronti del problema che si pone: non si tratta infatti di occuparsi dell'interno del CSM, ma di mettere in rapporto interno ed esterno. Va acquisita la competenza a trattare con una domanda non categorizzabile a priori, che va conosciuta. Per la quale munirsi di competenze non solo di cura o assistenza, ma di consulenza in senso più ampio. Vengono alla mente le temute associazioni delle famiglie.

La diagnosi proposta da GP al CSM si conclude con l'indicazione di tre possibili linee di sviluppo della cultura in esame, da sostenere con apposite strategie e iniziative:

passaggio dall'autocentratura all'orientamento cliente;
articolazione di ruoli e funzioni, in rapporto all'orientamento al cliente;
sviluppo della competenza a leggere la domanda del territorio.

In seguito al terzo incontro GP stila un rapporto conclusivo, che tiene conto anche di quanto proposto dai partecipanti nel corso della discussione dei dati, e lo consegna al CSM.

²⁰ In termini statistici, si tratta di un piano fattoriale e dei cluster in esso collocati. Le due differenti posizioni culturali indicate, contrapposte tra loro, corrispondono ai due cluster che si oppongono sul primo fattore. Qui evochiamo solo questo aspetto della cultura del CSM individuata con AET, aspetto per altro molto significativo entro la complessiva dinamica di tale cultura. Riserviamo ad un prossimo lavoro una puntuale esposizione dell'analisi effettuata.

²¹ In senso statistico, si tratta del rapporto tra discussione del gruppo degli operatori assunta come variabile illustrativa, e un cluster.

²² In senso statistico, si tratta del rapporto tra testi individuali scritti dagli operatori assunti come variabile illustrativa, e un cluster. Ricordiamo che il testo sottoposto ad analisi deriva sia dalla discussione del gruppo di operatori, che da testi individuali da loro stilati.

Due incontri di verifica

Dopo due mesi, il responsabile della formazione contatta GP e chiede di realizzare un incontro di verifica intermedia. Alcuni eventi critici stanno “premendo” sul loro modello di relazione sdifferenziante: da un lato la necessità di definire criteri per distribuire gli incentivi, dall’altro la frequente interazione con altri servizi. Il tipo di problemi per cui il CSM si rivolge a GP è profondamente cambiato.

Dopo cinque mesi ha luogo l’incontro finale di validazione. Il CSM si è riconosciuto nella diagnosi. Delle tre linee di sviluppo individuate si sta lavorando sulla seconda: si stanno differenziando le funzioni. Dai conflitti tra professioni e persone si sta passando a conflitti tra funzioni. Questo sconcerta i partecipanti: l’esito dell’intervento non è la bonifica dai conflitti. Anzi, per certi aspetti la situazione si presenta come più complessa e impegnativa di prima. Tuttavia, c’è il sentimento che non si può che passare di qui, dall’articolazione di ruoli e funzioni e dall’affrontarne le conseguenze. Si ricordano certe fantasie sulla loro autonomia, dichiarate all’inizio dell’intervento. Ciascuno si sentiva autonomo, libero di fare ciò che voleva, e al tempo stesso e per lo stesso motivo ciascuno si percepiva come irrilevante. Ora non è più così. Ciascuno sente di dipendere dagli altri, ma sente anche che può fare qualcosa che serve. Hanno iniziato ad accogliere domande che prima venivano respinte, come la domanda di una scuola. All’incontro di validazione finale è presente uno dei medici che all’inizio aveva conflittualmente rinunciato a partecipare. Alla fine dichiara il proprio rammarico per la mancata partecipazione. Avendo assistito all’incontro, vuole dire che si era sbagliato. GP non è, come pensava, una consulenza di parte. L’incontro si conclude con il sentimento che l’intervento era stato utile, ma troppo breve. Ci sarebbe stato bisogno di un più lungo accompagnamento, da parte del consulente, dello sviluppo del servizio.

La verifica dell’intervento.

Come è stato verificato questo intervento? Abbiamo tre fonti di informazioni in proposito. La prima è questo stesso resoconto, che propone sia gli obiettivi che ci si è proposti, sia il modo attraverso il quale sono stati convenuti, che diversi momenti di verifica, tanto lungo il corso dell’intervento, come alla sua conclusione. Inoltre il resoconto va oltre le sue intenzioni, e si propone come oggetto che il lettore può leggere criticamente. La seconda fonte per la verifica sono alcuni documenti prodotti dalla ASL. La terza, la misurazione della soddisfazione del cliente CSM effettuata da GP.

I documenti prodotti dalla ASL

Iniziamo da un’analisi dei documenti. Si tratta di sei documenti, prodotti dalla Direzione generale della ASL o dal CSM. Vengono consegnati a GP dal responsabile della formazione in forma riservata, tranne uno, il quinto documento, di valutazione del corso²³, esplicitamente rivolto anche a GP. Elenchiamoli:

1 - Dalla UORU²⁴ ai responsabili delle strutture della ASL. Contiene i criteri con cui rilevare e pianificare tutte le attività formative della ASL.

2 - Dal CSM alla DG della ASL. Richiesta di approvazione del corso con GP.

3 - Dal Direttore del Dipartimento al CSM. Pianificazione della formazione, relativa al corso del CSM con GP.

4 - Delibera del DG della ASL sul corso CSM con GP.

5 - Dal CSM agli operatori del CSM, a GP, al Dipartimento. Relazione di verifica sulle iniziative formative effettuate, incluso il corso con GP.

6 - Dal CSM al direttore del Dipartimento. Relazione di verifica sulle iniziative formative effettuate, incluso il corso con GP.

Una sintetica revisione di tali documenti permette di cogliere alcuni dati culturali caratterizzanti la ASL, quindi il CSM. Emergono rappresentazioni della competenza come competenza individuale legata alla specificità professionale, mentre manca la competenza organizzativa. Si può anche cogliere in che modo l’intervento di

²³ In tutti i documenti la consulenza di GP al CSM viene denominata “corso”. GP viene caratterizzato attraverso la competenza psicosociale.

²⁴ Si tratta dell’Unità Organizzativa Risorse Umane, a staff del DG della ASL.

GP interagisce con tale cultura. I documenti inoltre, sono sintomatici della relazione tra le diverse agenzie implicate. Ad esempio, del conflitto tra CSM e direzione del Dipartimento²⁵.

1. Il primo documento concerne i criteri con cui rilevare e pianificare tutte le attività formative della ASL. Il documento è stilato dalla Unità Organizzativa Risorse Umane, a staff del Direttore Generale della ASL. Il documento permette di capire quale sia la strategia che orienta la formazione nella ASL e quali siano le agenzie organizzative che la indirizzano. Premesso che le attività formative sono destinate a promuovere e a mantenere la salute della comunità, si sottolinea che debbono valorizzare le capacità e le attitudini personali degli operatori, *oltre che* supportare l'assunzione delle responsabilità necessarie a promuovere lo sviluppo del sistema sanitario. Oltre: ciò che sta al di là, lontano. Tra sviluppo delle capacità personali e sviluppo organizzativo non c'è interdipendenza. Si tratta di mettere insieme due dimensioni lontane tra loro.

2. Il secondo documento è la Richiesta di approvazione del corso con GP, rivolta dal primario del CSM all'Unità Organizzativa Risorse Umane della ASL. Al documento viene allegato il progetto stilato da GP. Obiettivi generali del corso: accrescere la consapevolezza dei modelli di funzionamento dei gruppi e del servizio, adottando una metodologia psicosociale. Si aggiunge che il miglioramento della qualità professionale degli operatori avrà una ovvia ricaduta sull'utenza. Destinatari: tutti gli operatori del servizio. Si ricalca la separazione, già proposta nel documento precedente, tra formazione degli operatori, competenza organizzativa e attività rivolte al cliente. Le ricadute su quest'ultimo sono ovvie, ovvero non merita nemmeno di parlarne. Inoltre, si propone una cultura sdifferenziante ruoli e funzioni: il corso è rivolto a tutti gli operatori. Al tempo stesso, si adotta la proposta di GP di assumere come obiettivo della formazione la conoscenza, da parte del servizio, delle modalità del suo funzionamento. In una seconda parte il documento diventa più articolato: i destinatari sono gruppi operativi di recente costituzione, che svolgono compiti specifici presso l'utenza. In particolare vengono indicati quattro gruppi: attività risocializzanti; casa famiglia; accogliimento; qualità. L'ultima attività fa diretto riferimento alla soddisfazione del cliente; quanto all'accogliimento dell'utenza nel CSM, risulterà l'evento critico centrale del servizio. Si dice che alla formazione saranno presenti i responsabili dei gruppi operativi e l'insieme degli operatori del servizio. Vengono per la prima volta evocati dei responsabili: la sdifferenziazione del servizio si articola. L'investimento sui ruoli e sull'assunzione di responsabilità specifiche sarà uno degli esiti più interessanti dell'intervento di GP nel CSM. Dopo questo documento, a distanza di molti mesi, il corso viene approvato.

3. Un terzo documento, a cura della direzione Dipartimento, include il corso GP nella Pianificazione della formazione dell'anno. Il documento, definendo gli obiettivi generali del corso GP, ricalca il documento precedente, stilato dal primario del CSM. La differenza concerne i destinatari: medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, sociologi, amministrativi. Vengono evocate le professioni presenti nel CSM. Scompaiono i gruppi operativi e i loro responsabili evocati nel documento del primario CSM. Le professioni, con la loro gerarchia simbolica, presente nell'ordine in cui sono elencate, rimpiazzano la gerarchia funzionale. La cultura della competenza organizzativa è debole.

4. Un quarto documento è la Delibera sul corso, ovvero la decisione di effettuarlo, a firma del Direttore Generale della ASL. La ASL approva lo svolgimento del corso e stanza il budget necessario. Obiettivo del corso: miglioramento delle capacità di analisi del funzionamento dei gruppi di lavoro, miglioramento delle dinamiche interne al gruppo, miglioramento della qualità delle azioni professionali. Destinatari: tutti gli operatori del servizio, medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, sociologi e amministrativi. Con poche variazioni, si ripete la cultura che separa analisi organizzativa, dinamica di gruppo, prestazione professionale. Ancora una volta, vengono ignorati ruoli e funzioni. Al loro posto, un confuso gruppo di generici operatori da un lato, la sequenza delle professioni dall'altro. In seguito a questo documento, GP riceve l'incarico, effettua l'intervento e consegna il rapporto finale.

5. Un quinto documento è la Relazione di verifica, alla loro conclusione, dei due corsi di formazione effettuati nel CSM: la supervisione di casi gravi e l'esperienza psicosociale. La relazione, a cura del responsabile della formazione, è rivolta al direttore del Dipartimento, agli operatori del CSM, a GP²⁶. Il documento dichiara due obiettivi. Il primo è verso l'interno del CSM: c'è l'invito a far circolare le riflessioni sulle esperienze formative, e a monitorare i primi effetti di miglioramento organizzativo. Il secondo obiettivo è verso l' "esterno":

²⁵ Nel momento dell'intervento, alla fine degli anni novanta, la funzione del Dipartimento come coordinamento delle iniziative formative da effettuarsi al suo interno, quindi anche di quelle rivolte al nostro CSM, era in esordio. Il CSM che vedeva nell'assunzione di tale funzione da parte del Dipartimento una minaccia alla sua autonomia.

²⁶ Notiamo che il documento di verifica non è rivolto al consulente che ha effettuato la supervisione di casi gravi. Tale attività resta simbolicamente scissa dal funzionamento organizzativo del CSM, che è al centro del documento di verifica. Di fatto, dei due interventi formativi, l'unico di cui si parla nel documento di verifica è quello con GP.

informare la direzione del Dipartimento²⁷. Vengono riassunti i motivi per cui nel CSM sono state prese le due iniziative formative. Negli operatori erano stati rilevati tanto un disagio, quanto l'incapacità di risolverlo. In particolare, per quanto ha riguardato l'esigenza di fare un'esperienza psicosociale: sia entro che tra gruppi di lavoro c'era una diffusa conflittualità, nella forma della svalutazione reciproca; si percepiva il rischio di essere improduttivi; si avvertiva il pericolo di *burn-out*; c'era difficoltà di relazione con l'utenza organizzata nelle associazioni delle famiglie. Si dice che il lavoro svolto con GP ha evidenziato la specifica cultura locale del CSM, generata negli anni e finalizzata alla regolazione dei processi relazionali e organizzativi. Inoltre sono stati studiati gli eventi critici che incidono sull'operatività e sul funzionamento organizzativo. Era stata analizzata la relazione con l'utenza. Era stato considerato il rapporto con le strutture di coordinamento, in particolare con il Dipartimento. Il documento dice che la riflessione sui modelli di funzionamento del servizio era proseguita, dopo l'ultimo incontro con GP, con due riunioni tra operatori destinate a formulare strategie sui punti critici individuati. In particolare, si stava lavorando alla definizione di responsabilità sulle varie iniziative rivolte ai familiari, ed al loro coordinamento. Si intendeva soddisfare la domanda dei familiari. Le iniziative erano state fino a quel momento scollegate. Inoltre, il primario aveva istituito una commissione sulla formazione, destinata a intrattenere relazioni con il Dipartimento e a far cessare il conflitto.

6. Un sesto documento, specificamente rivolto al direttore del Dipartimento e a firma del responsabile della formazione, torna a valutare i corsi di aggiornamento del CSM. Nel documento si dichiara che gli effetti in termini di partecipazione, consenso, implementazione delle risorse interne, indicavano la necessità di continuare a considerare, da parte del Dipartimento, le esigenze manifestate dagli operatori del servizio. Per questo appariva necessario che i successivi progetti scaturissero dall'interlocuzione tra servizio e Dipartimento.

La misurazione della soddisfazione del cliente

La terza fonte per la verifica dell'intervento di GP nel CSM sono i dati ottenuti da una scheda di valutazione dell'intervento, proposta da GP e compilata dai partecipanti alla conclusione del lavoro. Otto dimensioni venivano sottoposte a una doppia valutazione, sia di importanza che di soddisfazione. Si chiedeva di attribuire due punteggi, su una scala da 1 a 10 (1 = niente affatto importante; 10 = estremamente importante; idem per la soddisfazione). Queste erano le 8 dimensioni: congruenza tra obiettivi dell'intervento e sviluppo della Sua organizzazione; utilità dell'intervento per la crescita della Sua competenza; adeguatezza dei metodi e degli strumenti adottati da GP per la realizzazione degli obiettivi previsti; rispetto, da parte di GP, dei tempi concordati; capacità di GP di comprendere i problemi posti dal cliente; competenza professionale dei consulenti GP; pertinenza e chiarezza della documentazione fornita; adeguatezza dell'assistenza fornita. La media delle risposte a tutte e otto le dimensioni, senza scarti significativi tra importanza e soddisfazione, era di 8,5. Si chiedeva inoltre di indicare su una scala da uno a quattro il livello di soddisfazione complessiva nei confronti dell'intervento. La media delle risposte era di 3,5. Sempre su una scala da uno a quattro, si rispondeva anche a questa domanda: Le chiediamo inoltre una previsione sulla Sua organizzazione. Secondo Lei, la Sua organizzazione è in sviluppo? La media era di 2,2.

Abbiamo quindi diverse fonti per effettuare una verifica. C'è il resoconto, che ci parla della fondazione, dell'attuarsi e del concludersi dell'intervento, della definizione degli obiettivi, delle risorse e del metodo adottati per perseguirli, della loro verifica. Il resoconto ci dice quale siano state l'ottica adottata dal consulente e le sue categorie. C'è un commento ad alcuni documenti a cura del cliente, in cui si definiscono strategie ed obiettivi e si valuta ciò che è stato fatto. Infine, abbiamo la misurazione della soddisfazione del CSM nei confronti dell'intervento. Nessuno di questi dati, tuttavia, incluso l'ultimo, apparentemente "obiettivo", ha senso in sé. Né i diversi dati si dispongono da soli in un insieme coerente. C'è il sentimento quasi euforico espresso nelle schede di soddisfazione subito dopo all'intervento; sembrerebbe il sentimento di chi ha scoperto di poter dare un senso alle emozioni vissute nel CSM. Ma ci sono anche i sentimenti di faticoso impegno, di disillusione della fantasia di potersi liberare dal conflitto, di apertura a nuove possibilità di lavoro, di timore di tornare nella solitudine dopo la condivisione creata dall'intervento, vissuti nell'incontro conclusivo di verifica. Siamo di nuovo confrontati con la necessità di proseguire nell'interpretazione. Il consulente e il cliente, entrambi. Ciascuno per la sua strada. Ma è appunto questo l'esito di un intervento psicologico clinico.

²⁷ Nel vissuto simbolico del CSM, il Dipartimento è "esterno" al servizio; e così viene definito, come "esterno", in questo documento. Il CSM è il dentro dell'appartenenza, del riconoscersi uguali, il Dipartimento è il fuori, il lontano da sé, il minacciosamente diverso. Durante l'intervento si è discusso a lungo della connotazione nemica del Dipartimento, funzionale al mantenimento della coesione entro il CSM.

Questo esito è in accordo con l'ipotesi teorica e metodologica che ha orientato GP. Tutto il lavoro con CSM è stato guidato dall'ipotesi che si interviene sulla relazione. Relazione organizzata da un lato da una cultura collusivamente condivisa, dall'altro da obiettivi di sviluppo della relazione stessa. Quando il ripetersi di eventi critici segnala una frattura tra la prima e i secondi, può intervenire una consulenza psicologico clinica. Che lavora sulla riformulazione della relazione tra assetto collusivo del cliente e suoi obiettivi di sviluppo. Obiettivi che non si pongono, d'altro canto, come esito atteso. Essi assumono, piuttosto, la funzione di orientamento metodologico. Si pongono come criteri che permettono di essere in rapporto con la variabilità del contesto e con l'estraneo, in un continuo processo di esplorazione e di interpretazione. L'attivarsi di questo processo è l'indicatore della verifica dell'intervento.