

The representation of the Reception Service in a Mental Health Center of Rome confronted with the representation of Mental Health Services in a group of roman citizens: A research-intervention

Rosa Maria Paniccia^{*}, Francesca Dolcetti^{}, Fiammetta Giovagnoli^{***}, Cecilia Sesto^{****}**

Abstract

In this research study a group of roman citizens was interviewed about their expectations toward Mental Health Services (MHSs). In addition, all the nurses working in the Reception Service (RS) – seen as a symptomatic function of the whole service – of a Mental Health Center (MHC) of Rome were interviewed about their representations of citizens' demand. The aim was to gain some information on the citizens-MHS relationship in order to deal with issues taking place in the RS of MHC.

Two different textual corpora were derived from interviews to citizens and RS workers, and were analyzed by Emotional Text Analysis.

With regard to citizens, an opposition exists between younger people (aged under 40), who deal with the MHS identity without a specific demand toward it, and older ones (aged over 40), who deal with exclusion and violence in social coexistence, as well as problems of young people.

With specific regard to older people an opposition exists between females, who deal with the crisis of traditional family, and males, who deal with the shift of generational change due to the increasing power of money and lack of resources. All respondents ask MHSs to improve relational competence of people.

In RS there is a conflict between the impossible requirement of the right answer "to all" and users' demands which are perceived as "infinite" in their variability. There is also a "filter" function characterized by specialisms and medical treatments oriented to resolve the crisis of users, such as the case of severe psychiatric patients. However, there is a little possibility to deal with the problems of coexistence indicated by citizens, particularly those due to the crisis of the family but not those deriving from the wider social context.

In summary, citizens' demand is centered on the relationship systems in crisis, while the supply of MHC interventions is focused on the individual. In the end stages of this research study these results were discussed with both the MHS and the Department of Mental Health in which the service was located.

Keywords: mental health; reception service; risk of exclusion; common emotional disorders; analysis of demand.

* Associate Professor at the faculty of Medicine and Psychology of the University "Sapienza" in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Member of the Scientific and Teaching board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

** Psychologist, Psychotherapist, Partner of "Studio RisorseObiettiviStrumenti" - psychological consulting services, Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. Mail: francescadolcetti@studio-ros.it

*** Psychologist, Psychotherapist, Specialist in Clinical Psychology, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology), Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. Mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

**** Psychologist, Psychotherapist, Editor of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Professor of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. Mail: sestoce@alice.it

La rappresentazione dell'Accoglienza presso un Centro di Salute Mentale romano a confronto con la rappresentazione dei Servizi di Salute Mentale in un gruppo di cittadini romani: Una ricerca intervento

Rosa Maria Paniccia^{*}, *Francesca Dolcetti*^{**}, *Fiammetta Giovagnoli*^{***}, *Cecilia Sesto*^{****}

Abstract

In questa ricerca è stato intervistato un gruppo di cittadini romani, chiedendo quali attese abbiano verso i Servizi di Salute Mentale (SSM). Al tempo stesso sono stati intervistati tutti gli infermieri dell'Accoglienza, vista come funzione sintomatica del servizio nel suo complesso, di un Centro di Salute Mentale (CSM) romano, chiedendo come si rappresentano la domanda dei cittadini. Si volevano avere informazioni sulla relazione cittadini-SSM, che contribuissero a trattare le questioni dell'Accoglienza del CSM. Le interviste sono raccolte in due differenti corpus, Cittadini e Accoglienza, sottoposti ad Analisi Emozionale del Testo. In Cittadini c'è contrapposizione tra «più giovani» (sotto i 40) che parlano dell'identità dei SSM e non hanno una domanda sui loro problemi, e «più anziani» (sopra i 40), che hanno una domanda su una convivenza emarginante e violenta, con al centro i problemi dei giovani. Entro i «più anziani» c'è contrapposizione tra «femmine», che parlano della famiglia tradizionale in crisi, e «maschi», che parlano di un passaggio generazionale interrotto segnato dal potere del danaro e dalla desertificazione di risorse. Tutti gli intervistati chiedono ai SSM di incrementare la competenza relazionale delle persone. In Accoglienza c'è conflitto tra l'impossibile obbligo della giusta risposta “a tutti” e le domande dell'utenza percepite come “infinite” nella loro variabilità. Altre funzioni individuate sono quella di “filtro” che rimanda agli specialismi e i trattamenti medici di risoluzione delle crisi di un'utenza senza domanda, riferibile al malato psichiatrico grave. C'è anche una possibilità, minoritaria, di cogliere i problemi di convivenza indicati da Cittadini, in particolare quelli che nascono dalla crisi della famiglia, mentre non si vede quella del contesto sociale più ampio. In sintesi, la domanda dei cittadini è centrata su sistemi di relazione in crisi, l'offerta del CSM su interventi centrati sull'individuo; la ricerca ha avuto in conclusione fasi di restituzione dove queste posizioni sono state discusse sia con il CSM che con il Dipartimento di Salute Mentale in cui il servizio si colloca.

Parole chiave: salute mentale; accoglienza; rischio di emarginazione; disturbi emotivi comuni; analisi della domanda.

^{*} Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma “Sapienza”, Editor della Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, membro del Comitato Scientifico-Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda.

^{**} Psicologa, Psicoterapeuta, membro dello “Studio RisorseObiettiviStrumenti”, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Mail: francescadolcetti@studio-ros.it

^{***} Psicologa, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica, Editor della Rivista di Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

^{****} Psicologa, Psicoterapeuta, Editor di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, Docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Mail: sestoce@alice.it

Premessa

Nel 1978 in Italia la legge 833 raggruppa le strutture sanitarie entro unità amministrativo-gestionali, le Unità Sanitarie Locali. Nel 1992 il decreto 502 ne avvia l'aziendalizzazione trasformandole in Aziende Sanitarie Locali (ASL); il processo è tuttora in corso. Si intendeva cambiare una cultura che tendeva a ignorare l'organizzazione, sottolineando che anche la sanità utilizza risorse scarse per realizzare obiettivi in rapporto a un cliente¹. L'aziendalizzazione ha incontrato resistenze e deformazioni; la questione è ancora aperta. Sempre nel 1978, la legge 180² cambia l'approccio alla malattia mentale: dal ricovero ospedaliero ai servizi territoriali. Ciascuna ASL istituisce un Dipartimento di Salute Mentale (DSM), composto da 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 residenziali (comunità terapeutico - riabilitative, socio-riabilitative, comunità alloggio e altre). Per primi nascono i CSM, con attività ambulatoriale o domiciliare e interventi sul contesto. Il loro mandato sociale, sostenuto dall'OMS³, è di esplorare ciò che le persone chiedono, entro interventi fondati sul consenso. Queste finalità, inadatte all'assetto collusivo⁴ della sanità in cui il CSM resta saldamente inserito, stentano a tradursi in azioni. La cultura prevalente è militante, finalizzata alla deistituzionalizzazione e caratterizzata dalla sdifferenziazione dei ruoli organizzativi. La lotta all'istituzionalizzazione si configura come valore con effetto terapeutico; la militanza che fa del bene per definizione ignora una verifica dell'operato. La funzione organizzativa si annulla, il clima è di sacrificio e volontarietà (Carli, Guerra, Lancia, & Paniccia, 1984). L'eredità manicomiale resta nella domanda obbligata - con il presupposto dell'eliminazione della variabilità delle persone e della loro soggettività - e nel clima dello stigma. Si attuano anche interventi innovativi, e l'esperienza italiana diventa un laboratorio interessante per molti altri paesi.

Dagli anni Ottanta ai Novanta aumentano medici, infermieri, assistenti sociali, c'è un rilevante ingresso di psicologi; crescono le diverse strutture, ma al contempo c'è un'evoluzione verso la tecnicità psicoterapeutica ed emerge uno specialismo che collide con la competenza organizzativa. Prevalde la cultura della tecnicità⁵, che spinge i servizi verso l'autocentratura⁶. Viene sviluppata un'Accoglienza che fornisce

¹ Carli (1998) parla del paradosso dell'efficacia nella cultura medica, mettendo a confronto efficacia come realizzazione di obiettivi ed efficienza come ottimizzazione delle risorse per la loro realizzazione. Se l'obiettivo della sanità è migliorare lo stato di salute della popolazione, esso non ha, per definizione, limiti. Di conseguenza comporta un'efficienza paradossale, a risorse illimitate. Le risorse scarse sono adeguate solo per obiettivi precisi e limitati.

² L'assistenza sanitaria è regolata da legislazioni regionali, che differenziano sul territorio nazionale gli assetti organizzativi delle strutture dedicate alla salute mentale.

³ A partire dagli anni Novanta, l'OMS si è più volte espressa in tema di salute mentale, in particolare dopo lo studio epidemiologico promosso dalla World Bank, che indica il problema della salute mentale come priorità del XXI secolo. In Desjarlais, Eisenberg, Good, & Kleinmann (1995/1998) l'OMS indica cinque principi per promuovere l'efficacia dei servizi. I servizi devono essere: decentralizzati, per assicurare prossimità alla domanda e continuità degli interventi; versatili, cioè "orientati per problemi"; culturalmente integrati; economici; in grado di sviluppare risorse.

⁴ Si fa riferimento a una teoria psicologico clinica della relazione sociale 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. Per la teoria della collusione e la metodologia dell'analisi della domanda, come conseguente teoria dell'intervento, si vedano Carli & Paniccia (2003).

⁵ Nella cultura della tecnicità un tecnico forte e un profano debole si incontrano entro una relazione che avalla collusivamente tale dipendenza, funzionale alla buona applicazione della competenza tecnica. Non è contemplata l'attenzione alla soggettività del profano, ma la sua *compliance* all'atto tecnico, facilitata dalla dipendenza. Nell'orientamento al cliente c'è un rapporto tra un tecnico debole e un profano 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 della relazione.

⁶ Le organizzazioni autoriferite rappresentano la variabilità del cliente come disturbante la stabilità di un nucleo tecnico caratterizzante l'organizzazione. Il nucleo è protetto da funzioni di filtro. Le organizzazioni orientate al cliente

una sommatoria di prestazioni tecniche, fondamentali anche per definire i ruoli organizzativi, confusi con le professioni. Allo smistamento si aggiunge una funzione di filtro, orientata ad accogliere quanto le diverse tecniche permettono di affrontare. Si crea una popolazione di specialisti, in difficoltà nel garantire un'integrazione e che tende a ignorare l'organizzazione e il suo funzionamento⁷. Ciò ha conseguenze sulla cultura della verifica. Se la tecnica ha risultati previsti dalla sua procedura, altro è il prodotto di competenze organizzate in ruoli e funzioni, entro una cornice strategica, per offrire un servizio a un cliente⁸, la cui verifica è più importante del risultato delle tecniche. La tecnicità che ignora l'organizzazione si spende in tentativi di valutazione degli esiti dei trattamenti e raccolte di dati quantitativi. Si incrementa la ricerca psicofarmacologica, mentre le concezioni biogenetiche, psicogenetiche e sociogenetiche della malattia mentale si incontrano attraverso la giustapposizione di professionisti ancorati ad appartenenze di scuola; i CSM diventano uno dei più forti fattori di sviluppo dei modelli psicoterapeutici; c'è una fase di confronto, che fa emergere sia l'irriducibilità dei modelli teorici che una sorprendente somiglianza di pratiche. La discussione concerne soprattutto i cosiddetti pazienti gravi; affrontare la questione della competenza organizzativa dei servizi e i problemi di convivenza non riconducibili alla diagnosi psichiatrica richiederà altre competenze.

Nell'attualità continuano a fiorire iniziative locali interessanti, ma persiste l'incompetenza a tradurle in letteratura e riflessione scientifica, quindi a supportare le prassi e a individuare strumenti e metodi coerenti e condivisibili. Si diffonde un vissuto di mancato sviluppo che si tende ad attribuire alla diminuzione degli investimenti da parte della politica, e all'intento di ritornare alla sola cura – routinaria e conservatrice - del malato psichiatrico grave. C'è una scarsa riflessione su quanto il mancato sviluppo di competenza organizzativa abbia influito su un cattivo uso delle risorse, che indebolisce la posizione dei servizi. L'intervento fondato sull'orientamento al cliente continua a collidere con il modello sanitario fondato sulla tecnicità medica. Quanto alla "territorializzazione", cardine della riforma sulla salute mentale, risponde al mandato di un'equa distribuzione delle risorse, ma comporta una problematica limitazione della scelta del servizio da parte degli utenti, e non sviluppa come si intendeva la conoscenza della domanda del territorio. Tenendo presente che il modo in cui i servizi interagiscono con la domanda costruisce la domanda stessa. La gravità, inizialmente definita dalla psicopatologia, si declina oggi in "situazioni gravi e/o di non collaboratività" che richiedono nuove concettualizzazioni degli interventi⁹. Crescono le domande di altre organizzazioni, come le associazioni delle famiglie e degli utenti, mentre organizzazioni di volontariato e *no profit* partecipano alla realizzazione e gestione delle strutture intermedie. Pensiamo poi ai cosiddetti "disturbi emotivi comuni", ovvero alla domanda non traducibile immediatamente entro modalità diagnostiche, di persone non scontatamente considerabili pazienti né riconducibili con facilità al modello della cura: con modeste variazioni, emerge che la metà della domanda è riferibile a questa area, e in alcuni servizi va oltre tale stima¹⁰. Per quanto concerne l'Accoglienza, per accedere alle altre strutture (non l'SPDC, che può avere un accesso diretto dato dall'urgenza), si passa dal CSM. La sua funzione è di integrare i progetti terapeutici, ma prevalgono gli insuccessi sui risultati. Le difficoltà nelle relazioni entro i servizi e fra servizi motiva domande di formazione che spesso implodono nella supervisione dei singoli casi, interessante sotto un profilo individualistico, ma non utile a sviluppare integrazione tra intervento sulla persona e competenza

organizzano funzioni per entrare in relazione con la variabilità del cliente che è fonte di informazione e non di disturbo. Ci riferiamo a Thompson (1967/1990), rileggendolo in un'ottica psicologico clinica.

⁷ Nel seguente contributo viene proposto il caso di un Servizio di Diagnosi e Cura in cui confliggono modelli di intervento (Guerra & Paniccia, 1984).

⁸ Il cliente da noi proposto è un modello di relazione collusiva, per la quale un tecnico debole offre 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 portatore. Il cliente è anche un modello di integrazione di competenze, ruoli e funzioni (Paniccia, 2002).

⁹ Vedi l'interesse per modelli di intervento di matrice anglosassone, come l'ACT (*Assertive Community Treatment*) (Burns & Firn, 2002).

¹⁰ In nostre esperienze di consulenza in servizi della Toscana e del Lazio abbiamo rilevato che supera il 70% degli interventi.

organizzativa di chi interviene. La scommessa dei servizi, sintomaticamente percepibile nelle modalità di Accoglienza, è che il filtro non elimini ciò che non compete ai tecnici, ma sia in grado di conoscere e categorizzare la domanda nella sua varietà. In sintesi, resta la questione di sviluppare una competenza organizzativa e relazionale le cui componenti di base sono: la sospensione dell'agito organizzativo e la competenza a "pensare su" l'organizzazione, tramite categorie orientate dalla conoscenza dei modelli culturali che fondano le relazioni entro l'organizzazione; l'integrazione tra funzionamento organizzativo e dinamiche collusive caratterizzanti l'organizzazione; la riorganizzazione dei servizi in funzione dell'orientamento al cliente e della contestualizzazione del servizio¹¹.

Gli Autori si occupano da molti anni di Servizi di Salute Mentale (SSM) in Italia (Carli, Giovagnoli et al., 2008; Carli, Guerra, Lancia, & Paniccia, 1984; Carli & Paniccia, 2011; Carli & Paniccia, 2012a; Carli & Paniccia, 2012b; Carli, Paniccia et al., 2008; Guerra & Paniccia, 1987). La ricerca nasce entro un intervento rivolto a un CSM romano, il Centro di Salute Mentale Eucalipti, uno dei quattro CSM del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL RM/B, per confrontare le attese dei cittadini con le rappresentazioni di tali attese da parte dell'Accoglienza del CSM¹². L'Accoglienza è stata individuata come funzione centrale e sintomatica del funzionamento del servizio. In particolare, si intendeva esplorare come viene accolta la domanda riferibile ai cosiddetti "disturbi emotivi comuni", che negli anni è andata prendendo spazio, pur non essendo la missione centrale del servizio, rivolta all'utenza psichiatrica grave. Inoltre, si pensava alle domande dei familiari. Tali domande, non classificabili entro categorie psichiatriche e diagnostiche, possono creare disorientamento e spreco di risorse. Nel frattempo, le risorse pubbliche dedicate ai servizi diminuiscono e c'è un orientamento della politica a restringere l'intervento alla malattia psichiatrica grave. Questo comporterebbe una riduzione della risposta ai "disturbi emotivi comuni", che pur nella problematicità evidenziata, è anche sentita come un'attesa della popolazione e come fondamentale per la prevenzione, come più volte ribadito nella letteratura internazionale a partire dallo storico studio di Goldberg e Huxley (1992/1993)¹³. Ricordiamo che il Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale¹⁴ contempla per i SSM l'analisi della domanda oltre alla risposta diagnostica. È perciò importante categorizzare la domanda riferita ai "disturbi emotivi comuni", sentita tendenzialmente infinita e intrattabile nella sua variabilità, e per ciò causa di un impiego di risorse molto elevato e al tempo stesso sentito come insufficiente. Il problema della distanza fra le dichiarazioni e le azioni in materia di salute mentale è sentito a tutti i livelli, dall'OMS ai più decentrati servizi (Saraceno, 2014), mentre la sofferenza percepita non sembra trovare sollievo negli attuali modelli di sanità pubblica (WHO, 2008). La necessità di una ricerca non solo biologica (Gonon, 2013) ma soprattutto centrata sulla domanda degli attori sociali coinvolti, è ampiamente riconosciuta, anche in una autorevole parte della comunità psichiatrica¹⁵.

Obiettivi della ricerca

¹¹ Queste raccomandazioni, presenti in un nostro contributo di diversi anni fa, restano attuali (Paniccia, Di Ninni, & Cavalieri, 2006).

¹² L'intervento nasce dall'iniziativa di dodici studenti del Corso di Intervento psicologico – clinico del Dipartimento 42 di Sapienza, dove si era trattato il tema dell'accoglienza nei SSM (Servizi di Salute Mentale) anche con il contributo di alcuni responsabili di tali servizi, tra cui quello del CSM in questione. L'interesse degli studenti ad approfondire il tema anche dopo il Corso si è tradotto in un laboratorio e in un lavoro di tesi. Queste risorse messe in campo hanno permesso di attuare la ricerca-intervento.

¹³ In rapporto ad esperienze effettuate nello specifico servizio oggetto di ricerca, vedi Scala (2007, 2011).

¹⁴ Formulato all'interno Piano Sanitario Nazionale del 1998-2000

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_558_allegato.pdf

¹⁵ Come riportato da The Lancet sul tema della salute mentale. Per approfondimenti si veda

<http://www.thelancet.com/series/global-mental-health-2007> e <http://www.thelancet.com/series/global-mental-health-2011>

Si intendeva esplorare come i cittadini vedono i SSM e quale domanda gli rivolgono da un lato, come il CSM si rappresenta tale domanda dall'altro, per effettuare un confronto. Si volevano avere informazioni sulla relazione cittadini-SSM, che contribuissero a trattare le questioni dell'Accoglienza del CSM. Esporremo le due ricerche iniziando da Cittadini.

Metodologia Cittadini

Sono state realizzate 37 interviste a cittadini romani. Le variabili illustrative considerate sono state sesso ed età. Partendo da conoscenti degli intervistatori, si è chiesto ai primi intervistati di indicarne altri potenziali. Ci si è rivolti a cittadini abitanti nei quartieri, assimilabili al territorio del CSM; sono stati esclusi i rioni, ovvero il centro città. Le ipotesi di rivolgersi agli utenti del CSM o ai soli cittadini del territorio di sua pertinenza sono state scartate insieme con la committenza: comportavano un proporsi in prima linea del CSM verso i cittadini interpellati e l'impegno a cambiare in rapporto alle attese individuate. Tale posizione del CSM in questa fase esplorativa è stata ritenuta prematura, e i ricercatori si sono presentati ai cittadini come Facoltà di Psicologia di "Sapienza". I cittadini sono stati considerati utenti potenziali o attuali dei SSM, senza indagare se ci fosse un rapporto in corso. Il presupposto è che ogni cittadino sia un utente potenziale o attuale, e abbia una qualche rappresentazione dei SSM.

Tabella 1. Cittadini: Variabili illustrative del gruppo (n =37)

<i>Età</i>	
<i>Fino a 40 anni</i>	<i>Oltre 40 anni</i>
20	17
<i>Sesso</i>	
<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>
15	22

Visto il carattere esplorativo della ricerca, l'intervistatore ha fatto una sola domanda e non è più intervenuto. Questa la domanda.:

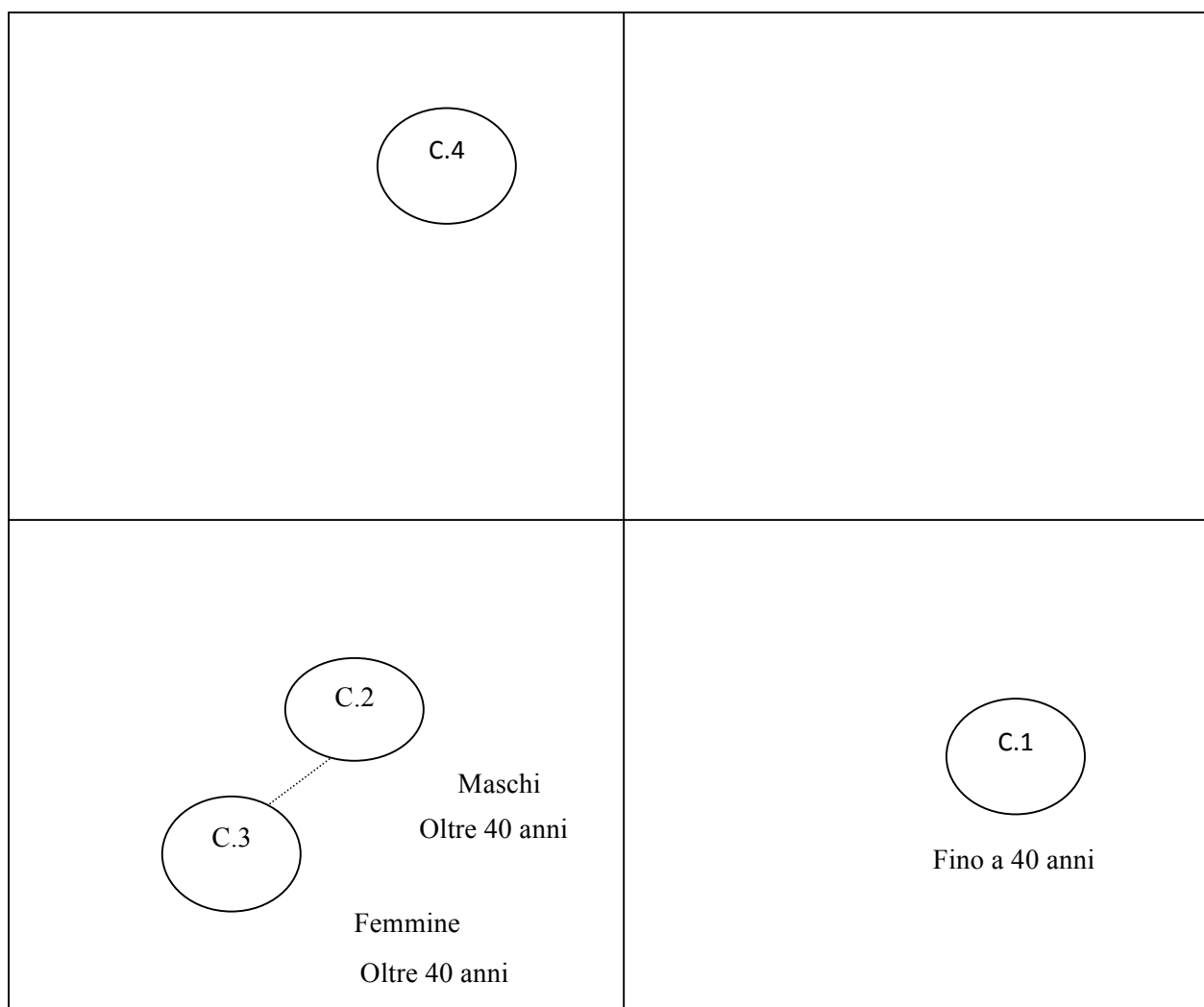
"La ringrazio molto per il tempo che mi dedica: possiamo prevedere mezz'ora; le chiedo di poter usare il registratore. Le interviste ovviamente sono anonime. Come le dicevo nella telefonata, faccio parte di un gruppo di ricerca di Sapienza, Facoltà di psicologia, che si occupa dei Servizi di Salute Mentale. Come lei sa, sono nati con la chiusura dei manicomi e rivolgono servizi ai cittadini sia per problemi di malattia mentale che per consulenze psicoterapeutiche. Siamo interessati all'opinione dei cittadini: lei che utilità pensa che abbiano? Pensa che siano cambiati nel tempo? Cosa si attende possano fare?"

Le 37 interviste sono state riunite in un unico corpus e sottoposte ad AET, l'Analisi Emozionale del Testo (Carli & Paniccchia, 2002). Un programma informatico¹⁶ spacca il testo in unità elementari (u.e.) e produce il vocabolario di tutte le parole. Si mettono in ascissa le u.e. e in ordinata le parole. Quindi vengono scelte le parole con il massimo di polisemia e il minimo di ambiguità: le *parole dense* (esempi: semaforo – bomba) ed eliminate le parole ambigue (venire – fatto). Poi si esegue l'analisi dei cluster per le parole che co-occorrono

¹⁶ In questo caso è stato utilizzato il software Alcéste di Max Reinert (1986).

entro le differenti u.e. e si situano i cluster entro uno spazio fattoriale. AET è retto da questa ipotesi: la co-occorrenza di parole dense entro le u.e. evidenzia il processo collusivo espresso dal testo. Il susseguirsi di parole dense, a partire dalla più centrale nel cluster, riduce la polisemia della prima parola, perseguendo un'acquisizione del senso emozionale delle parole presenti nel cluster. Quindi si mette in relazione il senso dei singoli cluster entro lo spazio fattoriale, giungendo alla lettura della dinamica collusiva che connota il tema in oggetto. I testi possono essere raccolti con scritti e interviste, individuali o di gruppo. La dinamica collusiva (emozionale ed inconscia) individuata è storicamente situata e caratterizza individui storicamente definiti, entro un contesto specifico. Con AET si è ampiamente visto come le culture collusive cambino in funzione del contesto storico in cui sono iscritte. In questo caso AET ha individuato 4 cluster o gruppi di parole dense, ovvero emozionalmente significative per gli intervistati in rapporto con il tema su cui li abbiamo interpellati: le loro attese verso i SSM.

Risultati Cittadini



Il piano fattoriale è con tre fattori e quattro cluster. Il C 1 è in rapporto con il polo positivo del primo fattore. Il C 4 è in rapporto con il polo positivo del secondo fattore. I C 2 e 3 sono sia in rapporto con il polo negativo del primo fattore che collocati sui poli opposti di un terzo fattore.

Tabella 2. Cittadini: Rapporto cluster - fattori (coordinate dei centroidi)

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
C. 1	0.589	- 0.308	- 0.560
C. 2	- 0.850	- 0.604	- 0.917
C. 3	- 1.183	- 0.635	- 1.350
C. 4	- 0.164	0.720	0.009

Tabella 3. Cittadini: Relazione tra cluster e variabili illustrative (Chi-quadro)

Variabili illustrative	C. 1	C. 2	C. 3	C. 4
<i>Età</i>				
Fino a 40 anni	100.51			
Oltre 40 anni		44.68	157.31	
<i>Sesso</i>				
Maschi		18.87		
Femmine			36.85	

Tabella 4. Cittadini: Parole dense dei cluster in ordine di Chi-quadro

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>
60.84 cura	82.98 soldi	165.08 padre	54.92 scuola
59.45 paziente	59.87 giovani	154.14 figli	42.89 relazione
53.84 psichiatra	59.46 ammazzare	99.50 sorelle	42.86 riuscire

45.33 medico	46.41 droga	97.00 mamma	37.83 progetto
41.06 servizio	46.39 problemi di testa	77.03 marito	34.00 emarginazione
38.63 farmaco	40.29 armi	69.65 bambini	30.63 contatto
36.55 rivolgersi	40.29 deserto	59.90 moglie	28.19 disabili
32.86 psicoterapia	39.94 cervello	57.68 madre	26.04 sostegno
30.69 ospedale	34.09 pagare	43.92 femmine	24.46 adolescenti
27.87 psicologia	33.58 guerre	43.92 maschi	23.00 ragazzi
27.03 personale	33.58 vecchiaia	22.40 fratelli	22.40 strumenti
24.92 malattia	33.55 handicap	33.57 sopportare	21.07 paura
22.12 patologia	33.55 ricchezza	31.97 giocare	20.66 educatore
18.41 grave	33.55 scappare	30.83 alcolizzato	20.66 quotidiano
18.15 cittadini	33.55 vincere	26.70 correre	20.58 affrontare
17.31 utile	32.86 influenzare	23.22 rifiutare	19.77 percorso
17.20 territorio	27.32 diritti	20.37 psicoanalisi	19.71 società
	27.32 politici	18.18 buttare	
	27.32 sistema	17.92 pesante	
	26.82 razza	13.32 botte	
	26.82 tasse		
	24.34 povero		
	24.34 traumi		

Cittadini. Cluster 1

In rapporto con il polo positivo del primo fattore (dove si oppone a C 2 e C 3) e con il negativo del secondo (dove si oppone al C 4); variabile illustrativa: *sotto i 40 anni*.

Le prime parole sono **cura - paziente**. Cura: l'occuparsi di qualcuno o qualcosa con vigile attenzione; offrire rimedi a un malato. Paziente è chi soffre e chi ha pazienza; chi è affidato alle cure di un medico. È il rapporto medico tradizionale, oggi in crisi; si vigilava sul corso della malattia prima di intervenire; il paziente era fiduciosamente affidato. Seguono **psichiatra**, chi vigila sulle malattie dello spirito, **medico**, chi cura quelle del corpo. La follia viene assimilata lentamente, discontinuamente e in modo non definitivo alle malattie del corpo; la parola psichiatria è dell'inizio dell'Ottocento, la legge 180 che in Italia esclude la malattia mentale dal novero delle malattie è degli anni Settanta del Novecento; oggi torna l'orientamento biologico. La questione è aperta. **Servizio**: la parola origina dalla servitù romana; oggi si va dal lavoro dipendente alla prestazione organizzata dallo Stato per la collettività, ma anche dall'attività in sé all'impegno verso un ideale, senza indicare il beneficiario. Si evocano l'irrisolta medicalizzazione della malattia mentale e le complesse modalità di relazione con i servizi dedicati da parte di operatori e utenti. Seguono **farmaco**, sostanza che produce modificazioni in un organismo; poi **rivolgersi**: si ricorre a qualcuno, si chiede; poi **psicoterapia**. Il farmaco aveva ricondotto il problema alla diagnosi medica, ma poi la questione si riapre: c'è una domanda, si usa la parola. Segue **ospedale**: se il servizio non è definito da una tecnica e ha utenti, l'ospedale ha pazienti sottoposti alle regole della cura medica. Si continua a proporre contiguità ma anche una diversità irrisolta tra malattia e malattia mentale. Seguono **psicologia, personale** (operatori sanitari), **malattia, patologia, grave, cittadini, utile, territorio**. È la doppia anima dei SSM: le questioni dei cittadini, della convivenza da un lato, l'individuo malato, grave, dall'altro.

In sintesi: ci si riferisce più all'intervento fondato sul prendersi cura, che su quello che aggredisce il «male altro». I SSM sono oggetto di interrogativi su identità e modalità di intervento: tra intervento sui problemi sociali e loro medicalizzazione che li riconduce all'intervento sull'individuo, tra malattia psichiatrica e crisi di convivenza, tra apertura dei servizi alla domanda e autocentratura sul loro funzionamento. Non c'è una specifica domanda per i SSM; ci si interroga sul loro mandato sociale in una sorta di specularità con la domanda-stimolo.

Cittadini. Cluster 3

In rapporto con il polo negativo del primo fattore dove si oppone al C 1; e con il positivo del terzo dove si oppone al C 2. Variabili illustrative: *sexo femminile e sopra i 40 anni*.

Padre e figli, la prima coppia di parole dense, è la diade del cambio generazionale, epocale. Seguono **sorelle, mamma, marito, bambini, moglie, madre**. Entro la cornice del cambiamento epocale, c'è la famiglia femminile, centrata sulle relazioni interne, quella a cui il welfare italiano affida la cura dei membri in difficoltà. Si connettono SSM, cambiamento generazionale, ruoli familiari: sono questi i problemi di cui i servizi debbono occuparsi. È il privato cui il pubblico affida crisi di convivenza, come la malattia mentale; un privato in cui relegare la crisi dell'emozionalità, la sua improduttività. Seguono **femmine, maschi**. Si aggiunge la crisi dell'identità di genere. Segue **fratelli**: chi è legato ad altri da vincoli di sangue, ma anche di affetto e comunanza. **Sopportare**: reggere su di sé, sostenere; subire, soffrire; adattarsi a situazioni sfavorevoli. Chi è legato da vincoli di comunanza sostiene, subisce, si adatta. **Giocare**: baloccarsi, gareggiare, mettersi in gioco; ma anche il gioco da cui si dipende. In effetti segue **alcolizzato**. Poi **correre**: andare velocemente; **rifiutare**: non accettare; **psicoanalisi**: a testimonianza di un tradizionale rapporto tra psicoterapia e contesto familiare; **buttare**: gettare via; **pesante**: che si sopporta con difficoltà; più in basso troveremo **botte**: percosse, colpi. Emerge la violenza, l'urgenza, il dover sopportare, il rifiuto, i comportamenti che isolano e lacerano le relazioni. Il cliente dei SSM sono le relazioni familiari, di contiguità, convivenza, che messe alla prova nella loro tenuta interna dai cambiamenti epocali vengono invase dalla violenza.

In sintesi: la questione centrale è un passaggio generazionale in crisi, le relazioni familiari viste come ruoli in crisi. Si sopportano problemi e si affronta la violenza: emergono devianza e rifiuto. Ci sono rapporti a rischio. È il privato cui il pubblico affida problemi di convivenza, come la malattia mentale; un privato in cui il welfare italiano ancora relega, pensando alla componente femminile della famiglia tradizionale sempre più inesistente, l'emozionalità e la sua crisi, la sua improduttività.

Cittadini. Cluster 2

In rapporto con il polo negativo del terzo fattore dove si oppone al C 3 e (con il C 3) con quello negativo del primo fattore dove si oppone al C 1. Variabili illustrative: *Sesso maschile e sopra i 40 anni.*

Le parole centrali sono **soldi** e **giovani**. Soldi: denaro; i soldi sono associati anche alla svalutazione: “non vale un soldo”. Giovani: persone che avendo le caratteristiche dell'adulto, non ne hanno ancora il ruolo; una categoria sociale dai confini sempre più dilatati nel tempo e confusa nell'identità; cala la fiducia che il ruolo adulto possa essere perseguibile da molti “giovani”. **Ammazzare**: uccidere con violenza, sfinire, mortificare. Tra giovani e soldi c'è un rapporto in crisi, i giovani mortificati sono soggetto e oggetto di violenza. Seguono **droga**: sostanza capace di modificare lo stato psichico; **problemi di testa**; **armi**: oggetti di offesa e difesa. I “problemi di testa” più che alla malattia mentale vengono associati a devastazioni della mente dovute a minacce esterne. I giovani, la testa, vengono distrutti da un contesto violento. **Deserto**: da *deserere*, abbandonare; spopolato, disabitato, squallido, incolto, privo di vita. **Cervello**: sinonimo di facoltà intellettive; la mente è desertificata da un contesto sterile e violento. **Pagare**: si hanno creditori, si deve spiare. **Guerra**: il conflitto aperto; **vecchiaia**, **handicap**: situazioni emarginanti. **Ricchezza**: il danaro attraversa il cluster. **Scappare**: gettar via la cappa per correre; **vincere**: sopraffare l'avversario; **influenzare**: insinuarsi nell'animo di qualcuno; tre verbi che parlano di relazioni violente, nemiche. **Diritti**: ciò che in quanto giusto dovrebbe regolare i rapporti, difendendo le persone dalle sopraffazioni. Poi **politici**: chi esercita pubblici poteri, oggi dalla reputazione assai bassa e **sistema** (insieme di poteri costrittivi). Chi dovrebbe tutelare i diritti è oggetto di svalutazione e diffidenza. **Razza**: la differenza usata per mettere differenti gruppi umani in rapporto gerarchico. **Tasse**: tributo che gli enti pubblici impongono ai cittadini per fornire servizi alla collettività. **Povero**: senza l'essenziale per vivere; espressione di compianto, compatimento, disprezzo. **Traumi**: gravi alterazioni dello stato psichico o organico di qualcuno. Si evoca il rischio di emarginazione, «giovani» in testa; poi vecchi, disabili, poveri, persone esposte al razzismo, tutti esclusi dall'attuale mondo “adulto”, caratterizzato dal potere, dal danaro, da pagamenti, tasse accompagnate da sfiducia nei politici e da un'aperta, dichiarata violenza che desertifica le risorse e devasta la mente.

In sintesi: ci sono desertificazione di risorse, in particolare quelle giovanile e della mente, e dinamiche di emarginazione. Siamo in guerra in un mondo dominato dal danaro e dall'esclusione dal danaro, dalla violenza, dal potere senza competenza. Il problema è un sistema sociale violento. Per il C 2 (padre-figli) hanno bisogno di intervento le relazioni familiari; qui “i giovani”, una categoria sottoposta a crisi violenta, con un ruolo di consumo senza produttività, oggetto di disoccupazione ingravescente entro un'adolescenza senza termine, rappresentativa delle sempre più estese categorie sociali a rischio di emarginazione. Si citano anziani, poveri, disabili, persone che possono essere oggetto di xenofobia.

Cittadini. Cluster 4

In rapporto con il polo positivo del secondo fattore dove si oppone al C 1. Nessuna variabile illustrativa.

Inizia con **scuola**: apprendere, condividere un sapere, e **relazione**: rapporto informativo, connessione tra più enti (oggetti, fatti, persone). Al centro del cluster c'è l'apprendere a mettere insieme cose, connettere, pensare, e lo stare insieme tra persone. Segue **riuscire**: concludere, raggiungere lo scopo. **Progetto**: piano di lavoro; idea su qualcosa che si ha intenzione di fare. C'è il sentimento del futuro. **Emarginazione**: escludere da una società, da una comunità, dal godimento di benefici che l'appartenenza comporta. Segue **disabili**; abile: cosa adattabile, pieghevole; persona idonea, destra, capace. Segue **contatto**: toccare, toccarsi, vicinanza. **Sostegno**: la relazione vicina, affettiva, sostiene, può rendere abili. Senza relazione competente, vicina affettivamente, non c'è riuscita e progetto, ma emarginazione, disabilità come rischio per chiunque non abbia competenza relazionale. **Adolescenti**: tra puerizia e gioventù; i turbamenti, le inquietudini con cui

viene definita ne fanno una “ normale patologia” giovanile, sorvegliata dagli adulti. **Ragazzi:** l’etimologia rimanda allo stato servile; “ragazzo!” si chiama il cameriere quale che sia la sua età. Giovani, subalterni, immaturi. Segue **strumenti**, quanto occorre per svolgere un’attività, poi **paura**, smarrimento di fronte al pericolo. Poi **educatore, quotidiano, affrontare, percorso, società**. Il percorso che si prospetta comporta l’affrontare il rischio, averne timore, impegnarsi quotidianamente nel contesto delle relazioni sociali. In sintesi: anche qui si parla di integrazione ed esclusione, dell’ingresso a rischio dei giovani nell’età adulta. C’è però un’ipotesi di intervento: imparare a stare in relazione, a progettare, a sostenersi a vicenda, entro relazioni al tempo stesso emozionalmente vicine e competenti, che recuperino il futuro nel progettare e riuscire. Non c’è differenza tra intervistati «giovani» e «anziani», «maschi» e «femmine». È una cultura che emerge pensando ai SSM; gli intervistati parlano di occasioni di apprendimento della relazione in rapporto con questi servizi.

Sintesi del piano fattoriale Cittadini

I C 2 (padre-figli) e C 3 (soldi- giovani) sono accomunati da una domanda che concerne una pesante crisi delle relazioni (interne alla famiglia per C 2, tra giovani e contesto sociale per C 3) e non problematiche individuali. Entrambi, C 2 e C 3, sono contrapposti al C 1 (cura-paziente) sul primo fattore: in rapporto con i «più anziani» tra gli intervistati, hanno una domanda per i SSM circa un contesto sociale immerso in una crisi connessa a un cambiamento epocale; il C 1, in rapporto con i «più giovani» non ha una domanda specifica, ma pone la questione del prendersi cura/curare, dando centralità al prendersi cura. I C 2 e C 3 sono opposti tra loro sul terzo fattore: per il C 2, «più anziani e femmine», si deve intervenire su una famiglia centrata su un cambio generazionale che sottopone a crisi i ruoli familiari e di genere, mentre la violenza minaccia di lacerare le relazioni al suo interno. Per il C 3, «più anziani e maschi», si deve intervenire sul contesto sociale: c’è una rottura generazionale caratterizzata da violenza, esclusione delle fasce di popolazione a rischio di emarginazione e desertificazione di risorse, in particolare quelle giovanili. È centrale l’attuale cultura violenta del danaro. Il C 4 (scuola-relazione), sul secondo fattore, è una cultura trasversale a tutti gli intervistati, non caratterizzata da nessuna variabile illustrativa; si torna sulla crisi epocale e generazionale ma si propone un intervento: apprendere a stare in relazione in modi diversi da quelli del potere violento, del potere del danaro; si tratta di una relazione competente, fondata sulla vicinanza emozionale, che permette di progettare, pensare al futuro.

Metodologia Accoglienza

Sono stati intervistati tutti gli operatori dedicati all’Accoglienza, 10 infermieri. Gli intervistati, con un’anzianità di servizio tra i tre e i venti anni, sono stati raggruppati in: fino ai 10 anni e sopra i 10 anni di servizio.

Tabella 5. Accoglienza: Variabili del gruppo infermieri (n =10)

<i>Anzianità di servizio</i>	<i>Anzianità di servizio</i>
<i>fino a 10 anni</i>	<i>oltre 10 anni</i>
6	4

Dopo gli accordi con il responsabile del CSM, gli infermieri e la loro coordinatrice, gli intervistatori hanno incontrato singolarmente gli infermieri per intervistarli. Dato il carattere esplorativo dell'indagine, è stata fatta una sola domanda iniziale, poi l'intervistatore non è più intervenuto. Questa la domanda:

"Mi chiamo XY e come lei sa, faccio parte del gruppo di Sapienza che sta facendo con voi una ricerca sull'Accoglienza. Stiamo intervistando gli infermieri che se ne occupano, la ringrazio del suo interesse. Tra gennaio e febbraio vi daremo i risultati. Le chiedo di usare il registratore; nell'analisi le interviste, anonime, saranno messe tutte insieme. Possiamo prevedere mezz'ora di tempo. Che questioni incontra lavorando nell'Accoglienza? Chi si rivolge all'Accoglienza e che cosa si aspetta?".

La domanda: "Da quanti anni lavora nella Salute Mentale?" veniva posta alla fine dell'intervista, se l'intervistato non lo aveva già detto. Le 10 interviste sono state riunite in un unico corpus e sottoposte ad AET. Sono stati individuati 4 cluster disposti su un piano fattoriale con tre fattori.

Risultati Accoglienza

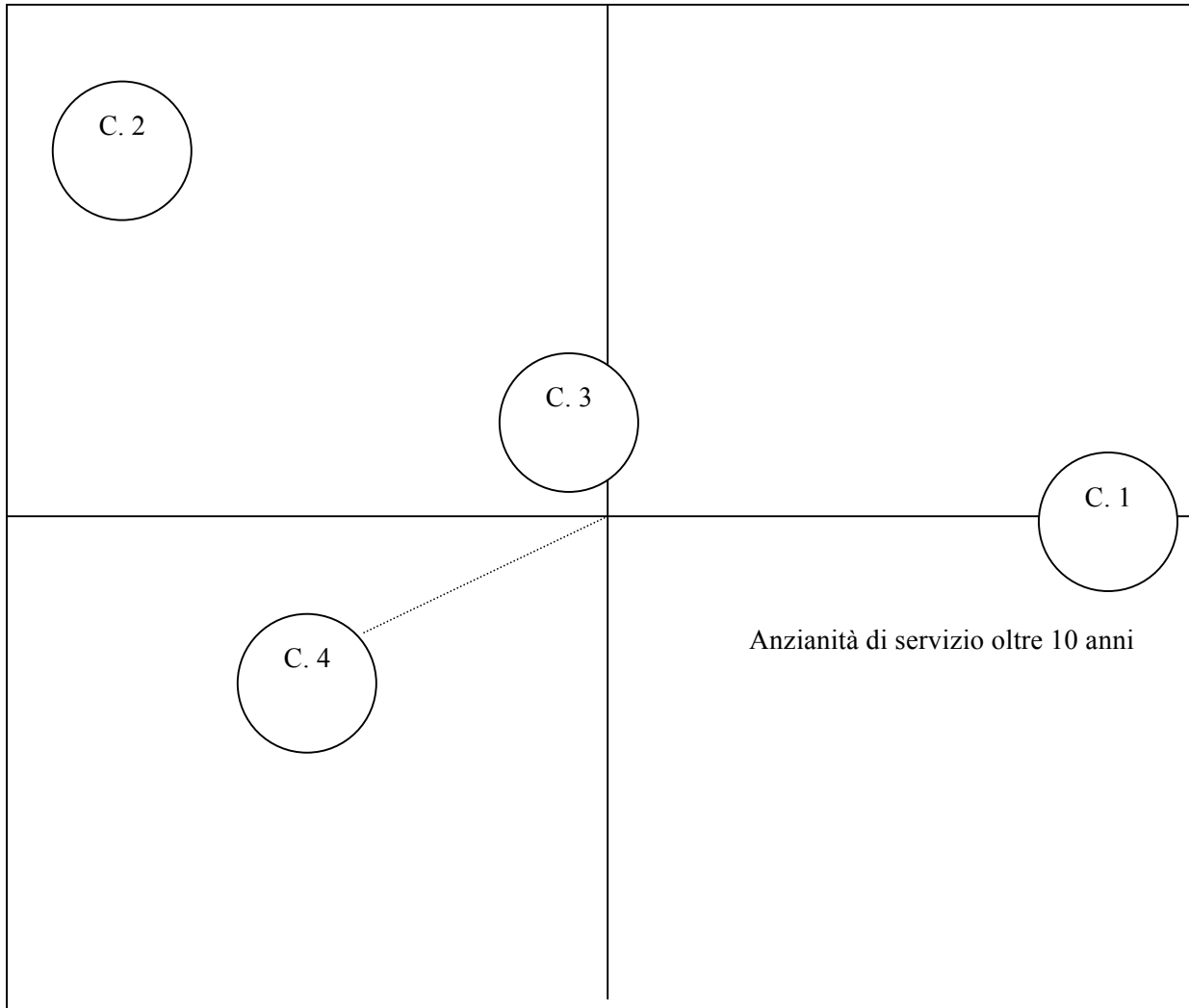


Figura 2. Accoglienza: Piano fattoriale e cluster

Il piano fattoriale è con tre fattori. Il C 1 è in rapporto con il polo positivo del primo fattore. Il C 2 è in rapporto sia con il polo negativo del primo fattore che il polo positivo del secondo fattore. Il C 3 è in rapporto con il polo negativo del secondo fattore. Il C 4 è in rapporto con il polo positivo del terzo fattore.

Tabella 6. Accoglienza: Rapporto cluster - fattori (coordinate dei centroidi)

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
C. 1	1.043	0.090	-0.072
C. 2	-0.510	0.565	-0.129
C. 3	-0.375	-1.038	-0.496
C. 4	-0.237	-0.404	1.310

Tabella 7. Accoglienza: Relazione tra cluster e variabili

illustrative (Chi-quadro)

Variabili illustrative	C. 1	C. 2	C. 3	C. 4
<i>Anzianità di servizio</i>				
Fino a 10 anni			19.08	
Oltre 10 anni	32.43			

Tabella 8. Accoglienza: Parole dense dei cluster in ordine di Chi-quadro

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>	<i>Chi-quadro/Parola</i>
71.30 risposta	30.95 giovani	129.07 richiesta	69.79 SERT
27.34 giusto	25.00 famiglia	60.72 psicologo	36.84 terapia
23.43 stress	17.53 malattia (psichiatrica)	35.54 valutare	31.07 seguire
19.50 operatore	15.91 ambulatorio	31.39 psichiatra	30.80 medico
18.04 transculturale	15.91 disturbo	30.10 idea	18.04 incontrare
16.82 domanda	14.74 ragazzi	29.90 colloquio	17.63 infermiere
16.82 diverso	12.66 figli	24.15 psicoterapia	17.63 visite
15.74 legale	12.66 genitori	20.71 sostenere	15.81 dottore
15.74 disussione	11.78 casa	19.96 smistare	13.99 agitato

15.71 istituzionale	11.11 crisi	19.24 dati	13.99 consulenza
13.46 libero	11.11 vivere	15.22 farmaci	13.93 bisogno
12.62 accogliere	11.05 collaborare	19.43 approdare	12.53 finire
12.98 test	11.05 compagni	13.10 utenza	10.09 tranquillizzare
12.08 certificazione	11.05 cronico	11.40 supporto	8.25 diagnosi
11.19 sbagliare	11.05 malessere	9.76 DSM	7.85 puntura
11.19 moschea	11.05 metabolizzare	9.76 medico di base	
11.19 conflitto	10.89 relazione	8.27 pesante	
11.19 cognitivo	10.73 lavoro	8.25 indirizzare	
9.89 spiegare	9.66 riuscire	6.74 ansia	
9.89 raccontare	9.45 morire	5.36 affidare	
9.89 decidere	9.45 separazione		
9.89 cambiamento	7.99 uscire		
8.93 vissuto	7.86 perdita		

Accoglienza. Cluster 1

In rapporto con il polo positivo del primo fattore; variabile illustrativa: *anni di servizio sopra i 10*.

Inizia con **risposta**: ricambiare una promessa, soddisfare una domanda e **giusto**: conforme alle leggi divine e umane, ciò che è dovuto. Né troppo né poco, esatto. C'è un impegno a rispondere in modo giusto, dovuto, conforme. Segue **stress**: da *strictus*, stretto; oppressione, sforzo. Lo stare strettamente alla perfetta risposta logora e opprime. Segue **operatore**: chi fa determinate azioni abitualmente; lo sforzo logorante invade l'azione quotidiana. **Transculturale**: l'incrociarsi di varie culture. La conformità è resa impossibile da una sconcertante diversità. **Domanda**: confidare a qualcuno una richiesta, esprimere un desiderio. **Diverso**: la risposta dovrebbe essere giusta, conforme, ma la domanda, il desiderio, la cultura dell'altro sono diversi, vari. **Legale**, conforme alla legge: la diversità va ricondotta a conformità. **Discussione**: esame approfondito di una questione, diversi pareri si confrontano: non è facile individuare la conformità. **Istituzionale**: il mandato di un'organizzazione; l'etimo rimanda allo stare fermi, saldi. Di fronte alla diversità, restare saldi.

Libero, non soggetto a coercizione o autorità altrui. Si oscilla tra conformità a una regola che obbliga e libera discussione. **Accogliere**: ammettere nel gruppo, ospitare, accettare. Invece della risposta giusta,

accogliere; una modalità di relazione ben diversa. Con **test**, **certificazione**, **sbagliare**, tornano regole da rispettare, l'attestare la conformità alla norma, e il rischio di sbagliare. **Moschea**: una religione «altra»: ci sono ortodossie diverse dalle proprie. Poi ci sono **conflitto**, **cognitivo**, **spiegare**, **raccontare**, **decidere**, **cambiamento**, **vissuto**. Invece del conformarsi, la fatica dell'emozionalità, del capire, parlare, fare scelte. Allontanandosi dal centro del cluster, si recupera un pensiero interpretativo, confrontato con la scelta e il conflitto più che con la conformità.

In sintesi: si è vincolati a dare una risposta idealmente corretta e giusta; il compito impossibile è fonte di angustia e stress. Il vincolo dell'ideale riposta corretta, del riferimento a una norma, è tanto più incombente e pesante quanto più questa norma non viene declinata in criteri e prassi. Di fatto ci si confronta la diversità propria e altrui e si è destinatari di richieste che non è facile né ricondurre a conformità né liquidare. Liberarsi della conformità è difficile e incerto, quando è possibile si può pensare, ma la «risposta giusta» torna a incombere.

Accoglienza. Cluster 2

In rapporto alla polarità negativa del primo fattore e positiva del secondo; nessuna variabile illustrativa.

La prima coppia di parole è **giovani – famiglia**. **Giovani**: l'età del vigore; oggi una categoria sociale dai confini confusi e conflittuali. **Famiglia**: persone legate da convivenza, parentela; l'agenzia finalizzata alla riproduzione della specie. Il giovane diventa adulto quando lascia la famiglia d'origine per la propria. Questo passaggio generazionale oggi è in profonda crisi. La famiglia è l'unica istituzione che regga in un panorama in cui politica, produzione, servizi pubblici e privati sono destituiti di affidabilità; i giovani hanno difficoltà a uscire da quella d'origine. Subito dopo la crisi generazionale c'è la **malattia** psichiatrica, che viene così proposta come conseguenza del fallimento della convivenza. Segue **ambulatorio**: la specificità dei servizi territoriali; l'etimo rimanda al camminare: nell'ambulatorio si ha libertà di movimento; si differenzia nettamente dal ricovero. Segue **disturbo**: disordine, fastidio; poi **ragazzi**, **figli**, **genitori**, **casa**, **crisi**. Il cluster insiste sulla crisi generazionale, sul restare ragazzi e figli, il restare nella casa dei genitori. Seguono **vivere**, **collaborare**, lavorare, produrre insieme, **compagni**. In alternativa c'è una relazione simmetrica in cui si condivide vita e produttività. Questa sembrerebbe essere ciò che va promosso dall'intervento dei SSM ambulatoriali, quelli dove si sceglie di andare. Segue **cronico**: condizione morbosa con scarsa tendenza a raggiungere l'esito, che sia la guarigione o la morte; è cronico anche uno stato ripetitivo, che non si adatta a nuove condizioni di vita tramite un nuovo equilibrio. La cronicità dal vertice del paziente è la malattia mentale che non guarisce; da quello del servizio è l'offerta che adatta a sé i pazienti, cronicizzandoli nella ripetitività del proprio funzionamento. Seguono **malessere**: inquietudine interna; **metabolizzare**: elaborare, assimilare idee, modi di essere; **relazione**; **lavoro**; **riuscire**; la relazione entro un contesto produttivo permette di metabolizzare l'inquietudine. **Morire**; **separazione**; **uscire**; **perdita**: il vissuto del lutto e del limite accompagna l'uscire, l'evitamento della cronicizzazione; quest'ultima è come morire, si sta senza futuro. Si pone la questione della cronicizzazione entro la ripetitività del servizio e di una malattia cronica da un lato, il lavoro vitale sulla perdita, la separazione, in altri termini sul cambiamento, dall'altro.

In sintesi. Un passaggio generazionale in profonda crisi è al centro dei problemi che l'utenza porta al CSM. In alternativa al restare ragazzi e figli nella casa dei genitori, può esservi una relazione simmetrica, in cui si condivide vita e produttività. Si pone la questione di saper cogliere fattori di cambiamento, di evitare la cronicizzazione, le situazioni senza uscita né riuscita: la ripetitività del servizio, la malattia cronica, la famiglia senza sviluppo generazionale. Viene proposta un'accoglienza che non ricovera, ma funziona sulla libertà della domanda e la capacità del Servizio di cogliere il problema posto dall'utenza.

Accoglienza. Cluster 3

In rapporto con il polo negativo del secondo fattore; nessuna variabile illustrativa.

Le prime due parole sono **richiesta – psicologo**. **Richiesta**: esprimere il desiderio di avere qualcosa. Segue **valutare**: dare un prezzo, giudicare. **Psichiatra**. Psicologo, psichiatra: i due specialismi a cui invia

l'accoglienza in quanto «filtro». Al centro del cluster c'è la valutazione per effettuare l'invio. **Idea**: contenuto del pensiero, farsi un'idea, capirci qualcosa. Non si tratta di valutare ma di capire. **Colloquio**: conversazione tra due o più persone, di solito su argomenti di qualche importanza; **psicoterapia**: intervento nei confronti di problemi mentali, emotivi e comportamentali, condotto con tecniche psicologiche. **Sostenere**. Invece di valutare e inviare, capire e sostenere parlando e intervenendo. **Smistare**: selezionare cose o persone, suddividendole in gruppi; **dati**: elementi risultanti da indagini utilizzati a determinati scopi. Invece di capire e intervenire, classificare e smistare. C'è conflitto. **Farmaci**: l'intervento proprio dello psichiatra, in quanto atto medico; rivolto al corpo, all'individuo. **Approdare**: raggiungere la riva, lo scopo; **utenza**: chi fa uso di qualcosa; **supporto**: elemento di sostegno; **DSM**; **medico di base**, una delle fonti di invio al DSM. Si cerca ancora supporto, entro un percorso fatto di approdi e rinvii, un percorso faticoso, pesante che può riguardare tanto l'utente che l'infermiere; seguono **pesante**, **indirizzare**, **ansia**, **affidare**. In sintesi. Nel C 2 (giovani-famiglia) sul polo opposto del secondo fattore in rapporto al C 3 si parlava di accogliere la domanda di una convivenza in crisi e di evitare la cronicizzazione sia della famiglia che del servizio come incapacità di stare nei cambiamenti in atto. Qui (richiesta-psicologo) compare un conflitto faticoso tra la funzione di «filtro» e l'accoglienza: se si valuta l'utente e lo si rimanda ad altri, a successivi interventi, non si sta nel rapporto che si ha con lui per parlare, sostenere, supportare.

Accoglienza. Cluster 4

In rapporto con il polo positivo del terzo fattore; nessuna variabile illustrativa.

La prima coppia di parole dense è **Sert – terapia**. Il Sert è un servizio pubblico per il trattamento delle dipendenze patologiche; come ai SSM, vi si rivolgono anche a persone senza una domanda e attori di comportamenti criminalizzabili se non fossero associati a una malattia e al cambiamento dovuto a una terapia. Poi c'è **seguire**: andare dietro, farsi guidare. La devianza medicalizzata può essere ricondotta sulla retta via seguendo una terapia. Segue **medico**: la guida del trattamento dei comportamenti medicalizzati. **Incontrare**: trovare per caso o andare incontro a qualcuno; dopo seguire c'è trovarsi, una relazione simmetrica che si può anche volere. **Caso**: avvenimento fortuito, modo specifico con cui si presenta un fatto generico; specificità sintomatica con cui una persona si presenta al medico: caso clinico. Qualcuno incontra un altro, o viene classificato nella sua specificità: si oscilla tra la simmetria dell'incontro e l'asimmetria della diagnosi. **Infermiere**: professione il cui cambiamento è stato riassunto come passaggio dall'infermiere esecutore a quello decisore; nel passato, con una funzione ancillare nei confronti del medico; gli intervistati sono infermieri. Che funzione assumono entro la medicalizzazione delle crisi di convivenza? Siamo tra assistenza e terapia. **Visite** da *vedere*: vedere, andare a vedere, esaminare, visita medica; quindi **dottore**; poi **agitato** mosso, turbato, eccitato; poi **consulenza**, consiglio di un professionista su materia a lui propria; **bisogno** mancanza di qualche cosa; **finire** condurre a termine, morire; **tranquillizzare** assicurare, liberare da timori; **diagnosi** riconoscere una condizione morbosa del malato. Si associano atto medico, che esamina, valuta l'altro, e un'emozione agitata da tranquillizzare, una mancanza da placare; anche con la **puntura**, l'assunzione veloce di un farmaco. Gli infermieri sembrano ritrovarsi nella terapia medica.

In sintesi. Si è in rapporto con utenze che esprimono crisi di convivenza senza una loro domanda, la cui medicalizzazione è alternativa alla criminalizzazione. Senza nominarli, ci sono anche i pazienti psichiatrici senza domanda. La medicalizzazione deve garantire una correzione del comportamento deviante tramite la terapia. All'intervento correttivo si oppone l'incontro, il trovarsi. Ma prevale l'assimilazione all'atto medico, che conclude le crisi farmacologicamente, tranquillizzando. È presente l'infermiere, la professione degli intervistati, caratterizzata da un diverso rapporto con la terapia rispetto al medico; si pensi all'assistenza con cui gli infermieri erano identificati in passato, che ha significato una funzione ancillare nei confronti del medico. Nella storia dell'accoglienza si rispecchia il cambiamento della professione infermieristica: dalla funzione ancillare nei confronti dei medici all'assimilarsi ai medici nella terapia, oppure andare verso un ruolo che sviluppa una propria specifica funzione, una diversa assistenza.

Sintesi del piano fattoriale Accoglienza

Il primo fattore (C 1, risposta-giusto) è organizzato dall'imperativo della risposta giusta. È il servizio pubblico aperto a tutti, organizzato da diritti e doveri; l'aspetto istituzionale però non definisce né obiettivi né prassi per perseguirli. Averlo come unico riferimento getta in una paralisi angosciante. Non si può stare in una costrizione doveristica senza una specifica prassi; se ne esce a fatica, liberando il rapporto con l'utenza da una impossibile ortodossia, per incontrare una realtà che propone una grande variabilità non categorizzata e confondente.

Nel secondo fattore (C 3, richiesta-psicologo) la relazione con l'utenza è vissuta nel conflitto tra la funzione di «filtro», che rimanda un utente classificato e valutato all'intervento di altri, e lo stare nel rapporto con lui per parlare, sostenere, supportare.

Il C 1 e 3 sono centrati sulle dinamiche interne del CSM. A essi si oppone il C 2 (giovani-famiglia), attento alla domanda di un'utenza che sceglie, che decide di rivolgersi ai SSM. I problemi portati riguardano una crisi generazionale vista nell'ambito familiare. Se si riesce a non stare nell'ortodossia della giusta risposta o nel conflitto del «filtro», si coglie una domanda attuale, storicizzata, che rende leggibile la variabilità non categorizzata del C 1. La comprensione della domanda contrasta la cronicizzazione della relazione tra paziente e servizio.

C'è infine un terzo fattore (C 4 Sert-terapia), quello della medicalizzazione dei comportamenti da correggere che minacciano la convivenza; la componente medica e l'intervento dei farmaci è determinante, va riportata tranquillità entro situazioni di tensione. Troviamo qui la professione infermieristica.

Confronto tra Cittadini e Accoglienza. Conclusioni e prospettive di intervento entro il CSM

In Cittadini c'è contrapposizione tra «più giovani» (sotto i 40) e «più anziani» (sopra i 40). I «più giovani» parlano dell'identità dei SSM: tra psichiatria e problemi di convivenza; non hanno una domanda sui loro problemi. I «più anziani» hanno una domanda su una convivenza in crisi, a rischio di emarginazione e violenza, con al centro i problemi dei giovani. «Più giovani» e «più anziani» si contrappongono sul piano fattoriale. C'è contrapposizione anche tra «femmine» e «maschi». Per entrambi la questione centrale è il passaggio generazionale ed epocale. Le «femmine» lo vedono in una famiglia in crisi sui ruoli, sul genere, sul dover sopportare le crisi dell'emozionalità fino alla violenza. I «maschi» lo vivono come passaggio generazionale interrotto, in un contesto violento ed emarginante, segnato dal potere del danaro e dalla desertificazione di risorse.

In Accoglienza c'è conflitto tra l'impossibile obbligo della giusta risposta «a tutti» e le domande «infinite» nella loro variabilità da un lato, e l'intento di stare in rapporto con l'utenza dall'altro. Se ci si libera dalla risposta giusta a tutti, si colgono problemi di convivenza, che nascono dalla crisi del sistema familiare (segnalata in Cittadini dal C 2); mentre non si vede quella del contesto sociale più ampio (segnalata in Cittadini dal C 3). Il conflitto c'è anche nella funzione di «filtro», tra il non intervenire rimandando ad altri e ancora lo stare nel rapporto con l'utenza. Gli intervistati riconoscono più facilmente la loro identità professionale infermieristica nell'ambito dei trattamenti medici e farmacologici, di risoluzione delle crisi di un'utenza senza domanda, riferibile al malato psichiatrico grave.

L'Accoglienza è stata individuata come sintomatica del servizio nel suo complesso. Sembrerebbe importante l'evoluzione della cultura della risposta giusta verso quella della lettura della domanda dell'utenza. Ciò permetterebbe al servizio di avere criteri per l'Accoglienza, in particolare per i «disturbi emotivi comuni» e

le richieste delle famiglie. Si potrebbero differenziare, per integrarli e non viverli in conflitto, gli interventi fondati sulla diagnosi e rivolti all'individuo (che richiedono un filtro per avviare le persone a interventi specialistici), da quelli fondati sulla comprensione dei problemi di convivenza, che richiedono interventi sulla relazione¹⁷. Inoltre andrebbero differenziate le competenze che hanno bisogno di un setting riferito alla tecnica (psichiatrica, psicoterapeutica) dalla competenza relazionale coerente con una funzione organizzativa come quella dell'Accoglienza. Questa revisione concettuale e culturale, a supporto di una competenza organizzativa e non tecnico-specialistica, concernerebbe tutto il CSM nei differenti ruoli e funzioni.

Confronto tra Cittadini e Accoglienza. Conclusioni e prospettive di intervento nel rapporto tra SSM e cittadini

I cittadini sono stati interpellati sulle attese verso i SSM in generale; consideriamole da questo punto di vista. La loro domanda non è centrata sulla malattia mentale grave e individuale, ma su problemi di convivenza: c'è rischio di emarginazione e violenza entro un contesto anomico. C'è conflitto entro una famiglia confrontata con il disgregarsi delle relazioni, a carico della componente femminile, e un conflitto entro il contesto sociale più ampio, segnato dalla violenza del danaro e dall'emarginazione, in primo luogo dei giovani, ovvero del futuro. Tra "più giovani" e "più anziani" c'è distanza di linguaggi e di ottiche: "i più anziani" portano problemi tra cui il conflitto generazionale, "i più giovani" stanno al tema proposto senza portare una domanda sui loro problemi. Si rileva una contrapposizione anche tra "maschi" e "femmine". Tutti si ritrovano nella domanda di investire sulla formazione a sviluppare relazioni, al tempo stesso competenti e affettivamente "vicine", entro un contesto di convivenza a rischio. La domanda di mettere in rapporto competenza e affettività entro la relazione e di poterne fare oggetto di formazione è fortemente innovativa da un punto di vista culturale.

La presenza della famiglia in crisi rimanda alla crisi del welfare italiano, centrato su una famiglia tradizionale della quale da più parti si segnala la sparizione; ricorda anche il conflitto aperto tra famiglia e SSM dalla legge 180, che "riconsegnava" il malato alla famiglia. La domanda di apprendere nuove forme di relazione si può connettere con l'esigenza di pensare, nel rapporto pubblico-privato, nuove forme di convivenza solidale, di reciproco supporto, capaci di riattivare speranza per il futuro. Non c'è domanda nei confronti della malattia psichiatrica come disturbo individuale; si può supporre che da un lato si ritenga che ci sia un intervento adeguato, dall'altro che essa venga ricondotta alla crisi di relazione e convivenza.

Restituzione

I dati sono stati discussi a più riprese: prima con il responsabile del CSM, poi con lui e il responsabile del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) in cui il CSM si colloca; poi con tutti gli operatori del CSM, poi con il responsabile del CSM, quello del DSM e lo staff di direzione. Attualmente si sta considerando come spendere la ricerca entro le iniziative formative del DSM.

Lo staff di ricerca

Rosa Maria Paniccia, docente MPSI08, Dipartimento 149 Sapienza, Roma.

Francesca Dolcetti, Fiammetta Giovagnoli, Cecilia Sesto, psicologhe cliniche, docenti di SPS Corso di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica.

¹⁷ Si può vedere in questo senso il supporto che può essere dato dai tirocinanti, un'importante risorsa dei SSM. Si veda: Baraldi et al. (2011) e Bonavita et al. (2012).

Caterina Virginia Aloi, Kristian Avilloni, Serafina Biagioli, Veronica Capozzi, Risia Fiorentino, Rafaela Giuca, Michele Guido, Nicola Leone, Raffaella Pretto, Luca Ruggiero, Elena Russo, Eliana Violi, studenti all'ultimo anno della Magistrale in "Psicologia clinica della persona delle organizzazioni e della comunità".

Ringraziamo Anna Di Ninni per i preziosi suggerimenti in corso di stesura.

Bibliografia

Baraldi, D., Bernardini, S., Bonavita, V., Bucci, F., Conti, I., Crisanti, P., ... Verducci, L. (2011). La funzione psicoterapeutica nei Servizi di salute mentale. Esperienze di tirocinio [The psychotherapeutic function in Mental Health Services. Training experiences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 148-157. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Bonavita, V., Casuccio, F., D'Alessandro, G., Di Ruzza, F., Di Sero, A., Izzo, P., ... Terenzi, V. (2012). Malattia Mentale: il mandato a occuparsene. Lo stato dell'arte dei servizi di salute mentale. Quali domande e quali interventi [Mental Illness: the mandate to handle. The state of the art in Mental Health Services. What questions and what interventions]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 133- 141. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

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

Carli, R. (1998). Sanità ed Azienda: Riflessioni sull'organizzazione sanitaria [Health and Company: Reflections about health organization]. *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 16(3), 326-347.

Carli, R. (2011). Malati psichiatrici e domanda psicoterapeutica nei Servizi di Salute Mentale [Psychiatric patients and psychotherapeutic demand in Mental Health Services]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 134-147. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Carli, R., Giovagnoli, F., Paniccia, R.M., Bucci, F., Dolcetti, F., De Berardinis, ... Sparvoli, M. (2008). Servizi psichiatrici per la diagnosi e la cura (SPDC) del Lazio: cultura locale e indicatori di sviluppo [Psychiatric services for the diagnosis and treatment (SPDC) of Lazio local culture and development indicators]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3 (Suppl.), 61-77. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Carli, R., Guerra, G., Lancia, F., & Paniccia, R.M. (1984). L'intervento psicosociale nei servizi di igiene mentale: un'esperienza [Psychosocial intervention in mental health services: an experience]. *Psicologia Clinica*, 3(1), 75-96.

- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2002). *L'Analisi Emozionale del Testo* [Emotional analysis of the text]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccchia R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and technique of intervention in clinical psychology]. Bologna: il Mulino.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto* [The culture of Mental Health Services in Italy. From psychiatric patients to new users: The evolution of the aid demand and the dynamics of the relationship]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2012a). Considerazioni critiche sulla cura della malattia mentale oggi in Italia [Critical considerations on the treatment of mental illness in Italy today]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 134-146. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2012b). Malattia mentale e senso comune [Mental illness and common sense]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 201-206. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccchia, R. M., Di Ninni, A., Scala, V, Pagano, P., Giovagnoli, F., ... Bonavita, V. (2008). La Cultura Locale dei Centri di Salute Mentale (CSM) in Italia [The Local Culture of Mental Health Centres in Italy]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3 (Suppl.), 1-60. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinmann, A. (1998). *La Salute Mentale nel Mondo: Problemi e priorità nei paesi a basso reddito* [World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries] Bologna: il Mulino (Original work published 1995).
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1993). *Disturbi emotivi comuni: Un approccio bio-sociale* [Common mental disorders: A bio-social model]. Roma: Il Pensiero Scientifico (Original work published 1992).
- Gonon, F. (2013). La psichiatria biologica: una bolla speculativa? [The biological psychiatry: a speculative bubble]. *Aut aut*, 357, 143-164.
- Guerra, G., & Paniccchia, R.M. (1987). Analizzare la domanda: un caso di intervento in un servizio di diagnosi e cura [Analysing the demand: a case for intervention in a service for diagnosis and treatment]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 54-64.

Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., & Sesto, C. (2014). La rappresentazione dell'Accoglienza presso un Centro di Salute Mentale romano a confronto con la rappresentazione dei Servizi di Salute Mentale in un gruppo di cittadini romani: Una ricerca intervento [The representation of the Reception Service in a Mental Health Center of Rome confronted with the representation of Mental Health Services in a group of roman citizens: A research-intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 186-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Paniccia, R.M. (2002). La verifica della soddisfazione del cliente come integratore di professionalità e servizi. In M.G.S. Adamo, S. Serpieri, & P. Valerio (Eds.), *L'approccio integrato alla disabilità in età evolutiva: Da esigenza culturale a modalità operativa* [The integrated approach to disability in childhood: From cultural need in operating mode](pp. 85-91). Roma: Ma.Gi.
- Paniccia, R.M., Di Ninni, A., & Cavalieri, P. (2006). Un intervento in un Centro di Salute Mentale [An intervention in a Mental Health Center]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80-95. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Reinert, R. (1986). Un logiciel d'analyse lexical: ALCESTE. *Le cahier de l'analyse des données*, 4, 471-484.
- Saraceno, B. (2014). *Discorso globale, sofferenze locali*. [Global discourse, local suffering]. Milano: Il Saggiatore.
- Scala, V. (2011). Ambulatorio e territorio: Considerazioni sull'operare clinico nei Centri di Salute Mentale [Surgery and territory: clinical considerations about work in Mental Health Centres]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 134-136. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>.
- Scala, V. (2007). Tre schizzi per un ritratto [Three sketches for a portrait]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 213-219. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Tompson, J.D. (1990). *L'azione organizzativa* [Organizations in action]. Torino: ISEDI (Original work published 1967).
- World Health Organization (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Genève: WHO.