

Indice

INTRODUZIONE	- 5 -
PREMESSA. CONFINI, FRONTIERE E “TERRA DI ALTER”	- 21 -
1. IL PERCORSO METODOLOGICO	- 33 -
1.1 Riferimenti dal dibattito sull’etnografia	- 33 -
1.2 Il disegno della ricerca: dal bozzetto alla verniciatura	- 40 -
1.2.1 I testimoni privilegiati	- 40 -
1.2.2 La scelta dei contesti territoriali per l’etnografia	- 42 -
1.2.3 L’osservazione partecipante	- 46 -
1.2.4 Le interviste narrative dialogiche	- 51 -
1.3 Specificità metodologiche	- 53 -
1.3.1 La relazione con i gatekeepers. Una “batteria sociale”	- 53 -
1.3.2 Dare vita a categorie. “Io sono Caterina e basta!”	- 54 -
1.4 Utilizzare i “deliri” come rappresentazioni	- 55 -
2. RIFERIMENTI TEORICI NELL’ATTRAVERSARE	- 57 -
2.1 Per una mappa concettuale	- 58 -
2.1.1 Disagio	- 59 -
2.1.2 Paura della contaminazione	- 60 -
2.1.3 Ascolto	- 63 -
2.1.4 Emozioni	- 66 -
2.1.5 Piacevolezza	- 70 -
PARTE PRIMA	- 74 -
3. GLI AMBIENTI ORGANIZZATIVI DELLE INTERAZIONI CON IL DISAGIO	- 77 -
3.1 Organizzare la salute mentale nel contesto sociale. La metafora del patchwork	- 82 -
3.2 “Qui c’è un vertice...” Operatori, gerarchie e forme dell’organizzare	- 94 -
3.3 Innovazioni organizzative e resistenze	- 116 -
4. LE ATTIVITÀ RIABILITATIVE	- 125 -
4.1 Riabilitazione tra cronicità e recovery	- 125 -
4.2 Storie di pratiche riabilitative dai centri diurni	- 132 -
4.3 Le attività riabilitative aperte	- 135 -
4.4 Dentro la vita quotidiana delle attività riabilitative	- 145 -

PARTE SECONDA	- 153 -
5. CONFINI E FRONTIERE, VERSO LA “TERRA DI ALTER”	- 154 -
5.1 Una maschera organizzativa	- 155 -
5.2 Frammentazione e ricomposizione dei corpi	- 163 -
5.3 “Mi piacerebbe, ma...”. Organizzare le possibilità	- 169 -
5.4 Metafore familiari, tra autonomia e dipendenza	- 174 -
5.5 Rischio e consapevolezza	- 179 -
CAP 6. NELL’ATTRAVERSARE LA “TERRA DI ALTER”	- 183 -
6.1 Piacevolezza nel farsi dell’esperienza	- 183 -
6.2 Operatori come ponti tra utenti ed “esterni”. Sono possibili altre metafore?	- 188 -
6.3 Incontri nella “Terra di Alter”	- 195 -
6.4 “Un’esperienza unica che non so se ripeterò”. La difficile convivenza nella Terra di Alter	- 214 -
CONCLUSIONI	- 217 -
BIBLIOGRAFIA	- 229 -
APPENDICE	- 237 -
TRACCIA DI INTERVISTA PER I TESTIMONI PRIVILEGIATI: DIRETTORI DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE	- 238 -
TRACCIA DI INTERVISTA PER UTENTI ED ESTERNI	- 241 -
ELENCO INTERVISTE	- 243 -

Introduzione

Oggi incontro per la terza volta il gruppo riabilitativo, per utenti di un servizio per la salute mentale di cittàK¹, che si chiama “tempo libero”. Li raggiungo alla stazione degli autobus extraurbani da cui partiremo per andare a visitare una villa veneta, la destinazione che il gruppo ha scelto per oggi. Io arrivo per prima e li aspetto fuori dalla biglietteria. Ho parlato al telefono con Giorgia, l’operatrice, che mi ha informato su questo appuntamento. Lei, come al solito, non sarà presente perché l’obiettivo di questo gruppo è che gli utenti “imparino a gestire autonomamente il tempo libero”. Cristian, Annapaola e Piero arrivano camminando a passo svelto, lo sguardo deciso puntato in direzione della biglietteria. Piero e Annapaola hanno un passo simile come simile è la loro corporatura, tarchiata e un po’ soprappeso. Cristian invece, alto e più giovane, cammina in posizione leggermente avanzata. Piero mi fa sorridere subito: ha i capelli dritti in testa ma spostati tutti da un lato, sembra quasi fatto a posta, una scultura da ingegneri del gel ma quando si avvicina noto che non c’è gel, è tutta piega naturale, forse il regalo della nottata passata. Ha un giubbotto rosso, un po’ grande per lui e un po’ sporco, scarpe da ginnastica consumate entrambe dal lato sinistro. Annapaola mi sembra vestita in un modo un po’ antiquato rispetto all’età che immagino abbia, tra i quarantacinque e i cinquanta, gonna sotto il ginocchio e scarpa con i lacci, tiene stretta a sé la borsetta. Cristian, baffetti da moschettiere e occhiali rotondi, indossa un giubbotto anni ’70, jeans un po’ corti e scarpe sportive. Ha una borsa a tracolla dove tiene il rotolo di carta igienica d’emergenza. Vado loro incontro pensando che forse potrebbero non riconoscermi, ci siamo visti solo un paio di volte ed è passata qualche settimana. È come se non mi vedessero, fino a che non dico “ciao!” e Cristian: “siamo in ritardo, dobbiamo fare i biglietti!”. Ricevo uno sguardo veloce da Annapaola e Piero, lui mi sorride, lei anche ma molto velocemente, quasi impercettibilmente, il tutto mentre entriamo in biglietteria. La situazione è seria, non c’è tempo da perdere! Chiedo se conoscono gli orari, Cristian mi mostra un bigliettino che ha preparato Giorgia, l’operatrice che coordina questo gruppo, sono indicati quattro orari di partenza e due di ritorno. Mentre mi dice che lui ha il tesserino da invalido Piero sta chiedendo al ragazzo allo sportello della biglietteria se c’è lo sconto per gli invalidi, lui gli

¹ I contesti territoriali coinvolti nella ricerca sono mantenuti nascosti, per scelta e in accordo con gli attori. Al posto quindi del nome della città utilizzo nomi fittizi che esplicito nel capitolo metodologico.

risponde di no e mentre Piero paga senza commentare, Cristian chiede nuovamente “c’è lo sconto per gli invalidi?” sovrastando Piero e Marialuisa che sono davanti a lui di fronte alla biglietteria e commentando incredulo come sia possibile che gli invalidi non abbiano lo sconto. Le poche persone presenti lo fissano attente. Il ragazzo allo sportello – con voce ed espressione tranquilli, né spaventato, né stupito, né irritato... tranquillo – risponde nuovamente di no, niente sconto per gli invalidi. È il mio turno, pago anch’io il biglietto e usciamo. Piero individua la corsia dove dobbiamo attendere la corriera, io cerco di leggere nei tabelloni ma sono fuori uso e non ho nemmeno idea di quale sia la direzione per arrivare alla città della villa. Mentre io mi guardo in giro, cerco di capire cosa fare, loro sono invece un po’ più rilassati: Annapaola mi dice che è contenta che ci sia anch’io oggi anche se non ha più voglia di andare alla villa. Cristian subito le dice che ormai si deve andare, “così è stato deciso!”. Lei risponde che non ne ha voglia e si sposta verso Piero che sta guardando le corriere in arrivo. È Piero infatti quello più esperto, capisco, Annapaola lo tiene d’occhio, Cristian chiede a lui quanto mancherà e se siamo nella corsia giusta. Passano un paio di corriere e di una ho il dubbio che fosse la nostra ma a fatica non dico nulla, continuo a ripetermi che sono qui “al seguito” loro. Ne arriva un’altra e Piero si avvicina, chiede informazioni all’autista e sale, noi dietro, io per ultima. Anche Cristian chiede conferma della direzione. L’autista sta parlando al posto di guida con un collega che invece sta in piedi. Guardano i tre che mi precedono dalla testa ai piedi e si scambiano sorrisi ironici poi, ricominciano a parlare. Piero si è seduto in terza fila, lato corridoio, vicino a lui un posto vuoto. Annapaola invece in prima fila, subito dietro l’autista. Cristian fa per sedersi vicino a lei ma “no, si siede l’Alessandra”. Lo dice secca, Cristian arretra subito e si siede dietro il mio sedile e finché mi siedo faccio una battuta del tipo “femmine con femmine oggi!”, per tagliare l’aria, lui sembra esserci rimasto male. Annapaola mi guarda e fa uno dei suoi sorrisi, ampi ma che si spengono subito. Durante il viaggio stiamo quasi sempre in silenzio, solo alcuni scambi di battuta con Cristian, Annapaola spesso non risponde alle battute, continua a guardare la strada. Mi rendo conto di come mi sia difficile sostenere questo silenzio. È Piero a indicarci la fermata giusta e appena scesi ci incamminiamo verso la villa poco distante e appena entrati dai cancelli Cristian mi dice: “noi entriamo gratis con il tesserino di invalidi, tu devi pagare invece!” e io “eh, ok!”. Interviene allora Piero “ma tu fai l’accompagnatrice ed entri gratis anche tu”. Io, per un attimo, penso che lui mi consideri davvero un’accompagnatrice anche se... e gli dico “ma sarebbe una bugia...” e lui, sorridendo sornione “ma lui non lo sa!”. Io rido, divertita di essere stata spiazzata da Piero il cui aspetto esteriore scalcinato nasconde ironia e faccia tosta. Arrivati alla biglietteria Piero mette in atto il piano, è lui a gestire la situazione con l’usciera, mostra il tesserino da invalido insieme agli altri e indica me come l’accompagnatrice

ed entriamo tutti gratis! (dal diario etnografico del 14 marzo 2009)²

Piero, Cristian e Annapaola sono quelli che vengono definiti “i matti”, io quella “normale” tanto da poter essere scambiata per “un’accompagnatrice”. Questo perché loro sono “strani” mentre io “comune”, “Loro” sono vestiti fuori moda, anche trasandati, mentre io sono più ordinata e “alla moda”? “Loro” hanno sguardi che hanno dell’imprescrutabili, a volte sbiechi, lontani, sospettosi o vacui; io sono invece più “trasparente”, il mio sguardo comunica più presenza alla situazione? In una parola io sono più “adatta” alle regole sociali di “loro”, è così che non fanno parte del “noi”, mio e dell’autista dell’autobus, o dell’usciera della villa?

Piero mi sorprende con la sua faccia tosta, Annapaola per la sua schiettezza nel dire che non vuole più andare alla villa, Cristian per la sua rimostranza in biglietteria per lo sconto agli invalidi. Mi sorprendono perché sono (ancora) invischiata negli stereotipi che rappresentano “i matti”, come “qualcosa” di definito, con alcune specifiche caratteristiche e non altre?

In questo lavoro mi pongo quindi delle domande, sulla costruzione sociale di queste categorie- matti e normali - sui confini o sulle frontiere tra esse, su come si svolge l’interazione tra soggetti, se esiste un terreno comune, e che interesse sociologico ci sia in questo osservare. A partire da queste domande, che sono nate dalla frequentazione di questo ambito della vita sociale, cercherò di raccontare la storia del mio *attraversare il disagio* nella relazione con l’Altro che, in questo caso, è “il matto”.

Il brano del diario etnografico che ho riportato poco sopra, racconta di una mia partecipazione ad una giornata del gruppo “tempo libero”, un’attività riabilitativa organizzata da un servizio³ di un Dipartimenti di salute mentale che ho incontrato durante questa ricerca.

Con metodologia etnografica ho avvicinato alcuni Dipartimenti veneti per esplorare alcune delle dinamiche comunicative in cui è presente il disagio psichico⁴.

² Ogni volta che inserirò un brano del diario etnografico utilizzerò questo tipo di formattazione. Per i brani di intervista cambierà solo il corsivo e riporterò non la data dell’intervista ma il riferimento al soggetto a cui si riferisce.

³ Con la dicitura “Servizi per la salute mentale” si intende l’insieme delle strutture che fanno riferimento ai singoli Dipartimenti di salute mentale di ciascuna Azienda Ulss veneta che indicherò utilizzando l’acronimo DSM. Un altro acronimo che utilizzerò spesso è quello di centro diurno, CD, la struttura di riferimento per le attività riabilitative dei Servizi.

⁴ Mi rifaccio alle indicazioni di Peppe Dell’Acqua (2003) circa la differenza tra l’utilizzo del termine *follia* (dal latino *folle* che significa recipiente vuoto e che rimanda all’idea di testa vuota), a quello di *pazzia* (probabilmente deriva dal latino *patiens* che significa paziente, malato, che a sua volta deriva dal greco *pathos* che significa sofferenza), a quello di *malattia mentale* (che indica una malattia del cervello secondo un modello scientifico). Scelgo, in questa introduzione, il termine *pazzia* per il suo significato che meglio corrisponde alla mia visione di questo aspetto della vita: la sofferenza e l’appartenenza ad una o a più organizzazioni dei Servizi che si occupano della pazzia stessa: i Servizi

Il mio interesse è quello di mostrare alcuni dei processi di socializzazione (Simmel, 1908) che avvengono in situazioni di confine rispetto all'ambiente organizzativo dei servizi come sono le attività riabilitative mirate alla ri-abilitazione alla vita sociale.

Coniugando le osservazioni micro delle interazioni con le dimensioni meso dei contesti organizzativi all'interno dei quali queste sono state osservate, renderò conto di alcune delle forme organizzative dei confini – userò poi il termine “frontiere” che ha in sé la dimensione dello scambio possibile- che separano e connettono queste organizzazioni dalla vita quotidiana delle comunità locali in cui sono inserite, consapevole che si tratta, simmelianamente, di forme cristallizzate a partire dal flusso indefinito della vita.

Nel complesso delle attività svolte dalle suddette organizzazioni, ho concentrato la mia attenzione su una particolare tipologia che sono le attività riabilitative⁵. Orientate alla ri-abilitazione delle persone con disagio psichico, alla loro “restituzione” alla vita sociale, si realizzano attraverso pratiche organizzative i cui attori sono operatori e utenti. Tra le attività riabilitative che ho scelto di osservare ci sono, in particolare, quelle che ho definito con “coinvolgimento aperto dei partecipanti” perché, oltre ai consueti attori organizzativi – operatori e utenti - coinvolgono persone che ho chiamato “esterni” ai Servizi, che fanno cioè parte del mondo della vita quotidiana, della cosiddetta “normalità”⁶. Con il termine esterni intendo infatti coloro che, non essendo né utenti dei Servizi né operatori, partecipano alle attività riabilitative delle organizzazioni per la salute mentale. Gli esterni che incontreremo in un certo modo “fanno parte” delle organizzazioni per la salute mentale, occasionalmente e comunque volontariamente, ma ci permettono di cogliere alcune delle modalità con cui avviene l'incontro tra persone con disagio psichico e non, normali e devianti, sani e malati... per il fatto che la loro non è una appartenenza all'organizzazione, bensì alla specifica attività organizzata. Io stessa nel corso di questa etnografia sono stata, per certi versi, un'estranea “sana”, “normale” che ha condiviso esperienze con gli attori coinvolti e quindi anche il mio percorso all'interno di questa ricerca contribuisce ad arricchirne il materiale empirico, dal campo. Nel brano etnografico di apertura racconto dell'attività riabilitativa del “gruppo tempo libero” che funge da introduzione a questo lavoro e in un certo senso lo sintetizza. In esso è contenuta la mia esperienza nel confrontarmi con gli stereotipi sociali sull'aspetto fisico,

per la salute mentale. Nel corso di questo resoconto, invece, utilizzerò la dicitura “persona con disagio psichico” che trovo più agile anche se meno completa di “persona che ha fatto o sta facendo esperienza del disagio psichico” o “esperti per esperienza del disagio psichico” proposta sempre da Peppe Dell'Acqua.

⁵ Le altre aree di competenza dei servizi per la salute mentale sono costituite da quella per la cura del disturbo e da quella della prevenzione.

⁶ Anche per il termine “normalità” come per “pazzia”, si tratta di “espressioni che riflettono il punto di vista di parti con interessi specifici. Avrei dovuto usare le virgolette ma sarebbero state troppe” (Goffman, 1971, p. 321). Nel capitolo metodologico ho inserito un paragrafo dedicato alla riflessione sui termini utilizzati a cui rimando per chiarire ulteriormente la questione.

“ha un giubbotto rosso, un po’ grande per lui e un po’ sporco, scarpe da ginnastica consumate entrambe dal lato sinistro. Uno di quei personaggi che noti subito”

nel vivere situazioni di imbarazzo dovuto al modo di relazionarsi degli utenti,

“Piero sta chiedendo al ragazzo allo sportello della biglietteria se c’è lo sconto per gli invalidi, lui gli risponde di no e mentre Piero paga senza commentare, Cristian chiede nuovamente “c’è lo sconto per gli invalidi?” sovrastando Piero e Anna Paola che sono davanti a lui di fronte alla biglietteria e commentando incredulo e ad alta voce come sia possibile che gli invalidi non abbiano lo sconto. Le poche persone presenti lo fissano attente”

nello sperimentare la pesantezza del silenzio,

“durante il viaggio stiamo quasi sempre in silenzio, solo alcuni scambi di battuta con Cristian mentre Anna Paola a cui mi rivolgo non risponde alle battute e continua a guardare la strada. Mi rendo conto di come mi sia difficile sostenere questo silenzio”

e nell’effetto di spiazzamento che mi suscita la scaltrezza di Piero mentre escogita un modo per farmi entrare gratis alla villa

“ma tu fai l’accompagnatrice ed entri gratis anche tu”... e gli dico “ma sarebbe una bugia” e lui, sorridendo sornione “ma lui non lo sa!”

E i racconti di episodi come questo si susseguiranno lungo tutto il testo grazie ad altre testimonianze, ma anche attraverso la mia voce narrante. Ho scelto infatti di utilizzare uno “stile narrativo” per poter accompagnare il lettore il più dentro possibile all’esperienza di cui voglio raccontare o, come dice Marco Marzano con “l’intenzione di trascinare il lettore al centro della scena, lì dove si sono svolti i fatti narrati” (Marzano, 2006, p. 119). È una scelta stilistica in cui faccio dialogare le narrazioni con i concetti e le riflessioni teoriche al fine di rendere l’intero lavoro leggibile in modo narrativo.

La parte di ricerca sul campo si è svolta nel 2008 fino alla primavera 2009 attraverso osservazioni e interviste in cinque Dipartimenti per la salute mentale della Regione Veneto, tre inseriti in capoluoghi provinciali e due in città più piccole. Alcune riflessioni fanno poi riferimento a due organizzazioni di altro tipo, l’associazione nazionale delle polisportive per l’integrazione sociale (Anpis) e un’impresa sociale milanese che coinvolge utenti dei servizi in attività lavorative, in particolare nell’ambito alberghiero e della ristorazione. Osservare queste realtà mi è stato utile per arricchire le riflessioni riguardo le attività riabilitative aperte.

La ricerca si è svolta quindi ricercando le connessioni tra i Servizi e la comunità locale. Gli attori coinvolti in questa ricerca sono ambivalenti nella loro appartenenza agli uni e all'altra: le persone con disagio psichico (almeno molte di loro, tranne i casi di neo-manicomializzazione) abitano sia all'interno dei Servizi che nella comunità: frequentano il centro diurno o il centro di salute mentale, ma anche il proprio quartiere, l'ufficio postale, il bar, l'edicola... Gli operatori, oltre a lavorare nei Servizi, a stretto contatto con la "pazzia", vivono nella comunità locale appartenendo di fatto al sistema culturale della "normalità". Gli esterni sperimentano anch'essi questa ambivalenza, seppure con frequenza minore rispetto agli altri due gruppi di attori.

Attraverso le attività riabilitative aperte, operatori, utenti ed esterni entrano in contatto nella zona di sfumatura dei confini servizi/comunità locale e diventano sperimentatori di questo spazio.

Le organizzazioni per la salute mentale sono molto articolate e complesse, comprendono varie tipologie di Servizi, varie professionalità, diversi riferimenti gerarchici e anche diversi protocolli interni. Sono inoltre in connessione con molti attori esterni, altre agenzie territoriali come i comuni, il mondo della comunicazione, l'associazionismo.... (utilizzerò la metafora del patchwork per rendere conto di questa complessità all'inizio della prima parte). Attraverso le attività riabilitative "con coinvolgimento dei partecipanti aperto" ho avvicinato una parte di queste organizzazioni, ne ho colto alcuni aspetti della strutturazione interna e delle connessioni con l'esterno (connessioni sia con la stessa organizzazione dipartimentale che con altre esterne ad essa). La porzione di organizzazione che ho potuto osservare seguendo le attività riabilitative aperte mi ha permesso di incontrare sia gli operatori che si occupano (tra le altre) di quelle specifiche attività, sia gli utenti dei Servizi che vi partecipano, sia gli esterni. Tra questi ultimi ci sono quelli che hanno sperimentato lo spazio sfumato tra i confini delle organizzazioni e della vita quotidiana: sono persone che partecipano, o hanno partecipato, alle attività riabilitative aperte con consapevolezza di entrare in contatto con il mondo del disagio psichico anche se questo non significava necessariamente sapere "cosa aspettarsi". Si tratta ad esempio di corsi di teatro, laboratori di ceramica, competizioni sportive in cui operatori, utenti e questi esterni, volontariamente, hanno fatto esperienza insieme realizzando, a seconda dei casi, uno spettacolo teatrale, un vaso in creta o una partita di pallavolo. Alcuni di questi esterni li ho intervistati, raccogliendo i loro racconti dalla decisione di partecipare all'attività alla pratica dell'attività specifica, per finire alle modalità di chiusura o continuazione dell'esperienza.

L'altro tipo di esterni si trovano coinvolti nelle attività riabilitative aperte in situazioni in cui il contatto con utenti e operatori dei Servizi è meno diretto: mi riferisco ad esempio a chi si trova ad assistere ad uno spettacolo teatrale che si svolge in una comunità alloggio organizzato con la finalità di far incontrare operatori e

ospiti della comunità con gli altri abitanti del quartiere, oppure a chi, sull'autobus o in una villa veneta, incontra degli utenti dei Servizi in uscita con il gruppo "tempo libero". Certamente c'è differenza tra chi incontra un utente dei Servizi sull'autobus, casualmente, e chi invece decide di vedere uno spettacolo che si svolge in una comunità terapeutica o di andare a mangiare in un ristorante gestito da utenti di una cooperativa sociale. Ho scelto di non utilizzare una dicitura differente per queste due modalità di essere esterni – anche se comunque nel corso dell'analisi chiarirò di volta in volta le diverse "appartenenze" e forme di coinvolgimento – sia per non complicare eccessivamente il quadro degli attori in gioco, sia perché, non avendoli intervistati, baserò le mie rappresentazioni prevalentemente sulle osservazioni raccolte nel diario etnografico.

Lo spazio delle attività aperte è infatti uno spazio in cui i soggetti coinvolti possono sperimentare l'ambivalenza delle loro appartenenze, al mondo delle pazzie come a quello della normalità. Stare nello spazio di confine, lo sperimentare l'ambivalenza delle appartenenze crea uno spaesamento che rimanda ad una situazione ambigua in cui

noi stiamo balbettando e la presenza di questi "altri" mette in risalto ancora di più questo balbettio è [...] la frontiera è duplice, ambigua; talora è un ponte per incontrare l'altro, talora una barriera per respingerlo. (Magris, 2001, p. 52)

Questa condizione mostra il disagio di fronte al disagio. In questa situazione quello che mi interessa non è solo il "cosa accade lì", ma anche il modo in cui ciò è rappresentativo delle forme che il nostro contesto culturale utilizza per interagire con la differenza.

La letteratura dell'etnopsichiatria (Devereux 1970, Nathan 1993, Coppo 1994) va in questa direzione cercando di rendere conto

dell'incontro con l'altro, e dello sforzo necessario a conoscerlo al di là di stereotipi e paure. Sforzo non solo di tecnici e ricercatori... ma anche della gente... accogliere e protendersi: la tensione comunicativa bidirezionale, ha spesso travalicato la distanza determinata da differenze anagrafiche, di cultura, di razza. (Coppo, 1994, p. 11)

In questo mio attraversare mi sono state di supporto diverse prospettive tecniche e analitiche, dall'etnopsichiatria agli studi organizzativi, dalle riflessioni sulle istituzioni totali (Goffman 1961, Foucault 1975) alle intuizioni sui paradossi della comunicazione (Bateson 1968, Fry 1963). Inoltre, le specifiche osservazioni di autori che si sono occupati dei confini, delle frontiere, come Alberto Melucci (1987) che osserva appunto come nei confini si produca la contaminazione dei saperi, che è qualcosa di diverso dalla confusione o dalla loro somma. E poi Mary Douglas (1966), per la quale la contaminazione e la paura di essa rappresenta uno strumento

per osservare ciò che avviene nel campo di frontiera; nel caso di questa ricerca, la frontiera tra i Servizi e il gruppo sociale più ampio, la cui interazione continuamente ri-costruisce questo confine e quindi la dimensione sociale del disagio psichico.

Si tratta di un'interpretazione [quella richiesta dalla malattia] collettiva condivisa dai membri di uno stesso gruppo sociale, ma si tratta anche di una interpretazione che coinvolge la società e che parla del nostro rapporto con il sociale. La dimensione sociale della malattia consiste allora nel fatto che essa funziona come significante, come supporto del senso del nostro rapporto con il sociale. (Augé, Herzlich 1986, p.19)

Fa da cornice la riflessione in merito al fatto che i Servizi siano di fatto considerati un luogo a parte, “fuori” dalla società, un luogo che continua ad essere socialmente rivestito del mandato di gestione e cura del disagio psichico che avviene ancora, per lo più, nella separatezza. Com'è ormai noto, nel nostro sistema culturale, ciò si verifica anche per altre dimensioni, come la malattia e la vecchiaia che, nonostante i grandi passi avanti nella direzione di integrare le strutture socio-sanitarie al tessuto sociale, rimangono separate e la malattia come la vecchiaia si svolgono quindi in luoghi dedicati con tempi e ritmi nascosti (Zerubavel, 1981). Una ricerca sul tema del disagio psichico si interroga quindi su una specifica declinazione della “matrice sociale della psichiatria” (Bateson, 1968) nello specifico contesto oggetto di studio, fornendo spunti di riflessione sui meccanismi più generali di separazione della sofferenza. Costruire analisi e riflessioni ponendo lo sguardo al percorso sociale compiuto dalla pazzia nel corso dei secoli, rappresenta una prospettiva sociologica pregnante: innanzitutto pone in rilievo l'ambivalenza normale/anormale-deviante e attraverso essa permette di esplorare le dinamiche relazionali utilizzando i concetti di disagio, paura della contaminazione e del rapporto con l'altro da sé. Queste pratiche messe in atto per allontanare e distinguere il pazzo da sé, rappresentano difese e separazioni costruite per preservarsi da ciò che mette a disagio e appartiene alla dimensione ignota, quella fuori controllo⁷.

Queste dimensioni fanno pienamente parte del nostro vivere sociale, non sono solamente ambiti di interesse psicologico, psicoanalitico e psichiatrico, ma partecipano a costruire le dinamiche comunicative tra gli attori sociali. In questo senso uno studio sociologico dei luoghi e degli spazi del disagio psichico e delle dinamiche comunicative che coinvolgono gli attori risulta essere particolarmente significativo rispetto all'analisi della contemporaneità.

⁷ Nel paragrafo dedicato alla ricostruzione di questo percorso metterò in luce il passaggio fondamentale tra il trattamento delle devianze in genere all'isolamento della pazzia come carattere a sé – e quindi alla nascita della psichiatria – per arrivare, basagliamente, alla restituzione della pazzia a dimensione della condizione umana operando la de-istituzionalizzazione con l'intento di eliminare l'isolamento nato con il manicomio. A trent'anni dalla legge 180 del 1978 che ha sancito la chiusura dei manicomi, la separazione tra normali e pazzi permane in forme diverse.

Attraversare il disagio psichico significa, in questo lavoro, addentrarsi in una materia complessa e anche confusa, in cui molti attori e molte organizzazioni sono in gioco e le connessioni essi hanno con altri attori e altre organizzazioni sono chiare spesso solo nei documenti e molto meno nelle pratiche. Disegnerò più avanti (nel capitolo metodologico) la struttura principale di tali connessioni, per ora mi interessa rendere conto della complessità dell'ambito di cui mi sono interessata che è stato definito, da una persona coinvolta nella ricerca, "un insieme di stelle uniche". In questo lavoro si parlerà di relazioni e come qualsiasi altra relazione, anche quella terapeutica, riabilitativa è complessa e per certi versi unica: riguarda due o più persone in particolare, loro e non altre, si svolge in un determinato momento, storico, personale per le persone coinvolte. Si svolge in un luogo specifico, in un tempo specifico. A differenza di altri modi di stare in relazione c'è una grande sofferenza, ci sono dimensioni di asimmetria, di disuguaglianza, di cura, di dipendenza... Ciò non toglie, a mio parere, che il lavoro di un ricercatore sociale possa almeno tentare di rendere conto di come si costruiscono alcune forme, senza la pretesa di esaustività e di completezza. Il mio intento è quello di costruire delle riflessioni su alcune questioni che hanno a che fare con la dimensione di disagio psichico all'interno delle comunità locali da me osservate.

Natale Losi (2000), con il suo "Vite altrove : migrazione e disagio psichico" mi ha offerto uno spunto interessante per introdurre questo mio lavoro e in particolare nell'esprimere la difficoltà di rendere conto di un una realtà molto complessa, sfaccettata, in cui la dimensione relazionale ad personam assume un'importanza talmente forte da essere paragonata a stelle uniche, di cui è impossibile fare generalizzazioni perché "ogni caso è a sé", "ogni persona è unica e ogni relazione con questa persona è altrettanto unica". Losi cita Kafka e, a partire da questo spunto, ho trovato questo brano:

Scrive Kafka in una lettera a Milena: "Cerco sempre e ancora di comunicare qualcosa di non comunicabile, di spiegare qualcosa d'inspiegabile, di raccontare qualcosa che ho nelle ossa e di cui soltanto in queste ossa si può fare esperienza". Si tocca così il tema dell'irrapresentabile, dell'ineffabile, dell'inesprimibile. Quel che è dietro e oltre la rappresentazione. Un tema delicato e impervio, disseminato di trappole [...] Kafka accenna dunque a qualcosa di silenzioso, che non può venir detto. [...] Lo scrivere è un tentativo di dar conto di quel qualcosa. (De Fiore, 2007, p. 184)

Io sarò la narratrice di questo percorso. Si tratta di un lavoro etnografico e quindi costruito sulla base delle mie narrazioni dei resoconti dal campo di ricerca. La mia voce fungerà da guida nel percorso, le mie rappresentazioni e le mie sensazioni saranno quelle che accompagneranno le voci degli attori che ho incontrato.

Dalla “pazzia” al “disagio psichico”: un breve excursus

Nell'antichità la pazzia, i comportamenti straordinari, erano considerati influssi degli dei e potevano portare ad ottenere un certo riconoscimento sociale, anche se più spesso queste persone venivano emarginate perché instabili e quindi socialmente destabilizzanti. Contemporaneamente a questa visione, si faceva strada quella biologica, secondo la quale esisteva una malattia mentale, sulla quale era necessario intervenire con trattamenti fisici. Questa è la concezione che si sviluppa maggiormente nei secoli, passando attraverso il Medio Evo, l'enorme influenza della Chiesa, la miseria e paura della contaminazione, per trasformare il folle in un pericolo ed eleggerlo a capro espiatorio dei disordini e dei mali che affliggono la società. E questo continua ad essere un concetto importante per la sociologia, quello della devianza dalla norma. Quello che negli anni è cambiato è il modo di contenere queste persone, devianti, all'interno della società: dal rogo, utilizzato fino alla fine del '700, si passa all'istituzione di appositi luoghi dove le persone che incarnano la non ragione e minano così l'ordine sociale diventano invisibili. La psichiatria come scienza nasce all'inizio dell'800 in Francia, Philippe Pinel, un medico, crea i primi manicomi cioè luoghi in cui la pazzia è separata dagli altri tipi di devianze.

La medicina assume su di sé oltre che i compiti della cura anche quelli del controllo; il luogo ove osservare è un luogo speciale e artificiale, tanto estraneo al malato quanto connaturato al medico che ne fa il suo monumento, l'ospedale. (Saraceno, 1989, p. 196)

Con Emil Kraepelin alla fine dell'800 la pazzia diventa malattia scientificamente riconosciuta, un danno al cervello, negando quindi ogni “senso” a quella che viene definita sragione, ogni relazione fra il paziente e il suo contesto sociale ma anche tra il paziente e il proprio sé che coincide con la sua diagnosi, la classificazione nosografica attribuitagli. E questo paradigma si rafforza con il passare degli anni grazie ai progressi nella ricerca medica che portarono all'utilizzo di trattamenti come l'elettroshock, la lobotomia frontale, l'insulinoterapia.

In Italia Cesare Lombroso fonda la cultura manicomiale, fatta di cartelli cliniche, allontanamento e controllo degli indesiderati che mutano a seconda del periodo storico e politico, sono delinquenti, prostitute, omosessuali.

Tutto ciò che è intrico doloroso di private vicende è riassunto in poche chiare parole vuote [delle cartelle cliniche], tutto ciò che è sviluppo drammatico di collettive sorti, socialmente e politicamente determinato, è frammentato nella unicità del caso clinico: in psichiatria ciò che è collettivo diviene privato e ciò che è intimo e individuale diviene pubblica e anonima generalizzazione. (Saraceno, 1989, p. 199)

Il trattamento del malato mentale diventa oggetto di legge nel 1904 in Italia, che sanciva il ricovero coatto e dava ampi poteri ai medici alienisti (psichiatri) che

assumevano il ruolo di garanti della “cura” e della custodia di queste persone. In quegli anni il manicomio continua a tutelare la società dalla pericolosità e usa punire tutto il comportamento del malato, consentendogli un margine di libertà ridottissimo; nel manicomio il malato non sa quando e se finirà la sua condanna perché entra in un

regime d’educazione... si tratta di organizzare il multiplo, di darsi uno strumento e padroneggiarlo; si tratta di imporgli “un ordine”. (Foucault, 1975, p. 162)

La ricerca di William Caudill (1958) e, soprattutto, quella di Erving Goffman (1961) mostrano le dinamiche di interazione all’interno di ospedali psichiatrici americani: la costruzione delle “carriere” psichiatriche, il mondo sociale dello staff, le cerimonie istituzionali e gli adattamenti degli internati alla cultura istituzionale che Goffman vede come resistenze per il mantenimento della dignità personale. Il loro punto di osservazione è dall’interno e quindi riescono a “sollevare il velo su una dimensione così complessa, e solitamente celata sia all’opinione pubblica sia alla ricerca sociale” (Dal Lago, 2001) che conosce invece solo le retoriche scientifiche di chi detiene il potere istituzionale. Si pone così l’attenzione sulle dinamiche interne di queste istituzioni ma anche sul loro ruolo sociale che ha poco a che fare con la cura del malato e molto di più con il processo di esclusione sociale. La lettura di Franca e Franco Basaglia (1968) del lavoro di Goffman mette in luce che nel nostro sistema sociale,

finché la divisione fra bene e male è netta, i pochi che detengono il potere dispongono di un’arma sicura per creare una distanza, umanamente accettabile, fra *chi ha* e *chi non ha*. (Id., p. 411-412)

Dovremo aspettare la nascita della psicologia e della psicoanalisi perché venga prestata attenzione e ascolto al mondo della psiche e della mente del malato. L’esperienza psichica acquista un senso, e normalità e patologia diventano parte della vita di ogni essere umano con la sua complessità che è fatta di elementi di carattere biologico, psicologico, affettivo e sociale. Tuttavia questa esperienza rimane pressoché parallela, senza modificazioni istituzionali con quella manicomiale che prosegue il suo percorso di isolamento fino agli anni ’60.

Nel 1952 furono sintetizzati i primi farmaci che agendo sui sintomi aprivano nuovi orizzonti per la cura. Dopo un periodo in cui presero piede le visioni organiciste che vedevano nella radice biologica l’essenza della malattia mentale, si iniziava a comprendere il legame tra malattia e luogo di cura con la necessità di trovare, attraverso la conoscenza dell’ambiente di provenienza, le motivazioni sociali e familiari che potevano essere alla base della sintomatologia presentata. Iniziano così alcune esperienze di comunità terapeutiche in Inghilterra, Francia e Italia, come racconta uno dei protagonisti di questa ricerca:

[il primario per cui lavoravo] era focalizzato sui servizi territoriali, quindi già nel '78 aveva aperto la prima comunità per ex op [ex pazienti dell'ospedale psichiatrici], quello è stato per me un incontro significativo perchè nel '78 è stata aperta la prima comunità, nell'80 la seconda, comunità... non protette, quindi con personale solo di giorno. La mia tesi di specializzazione l'ho fatta su questa struttura poi ho provato io a seguire all'inizio dell'83 quando sono arrivato, lì ho visto in concreto che i pazienti psichiatrici possono stare fuori dall'ospedale psichiatrico. Perché la realtà non è quella di Trieste, forse anche questo non vi hanno detto. Questo significa che ci sono state, nella storia dell'assistenza psichiatrica in Italia, dei miti e delle... il mito è stato Trieste e Gorizia: nel senso che la grande intuizione di Basaglia è stata che era possibile la gestione extra ospedaliera dei pazienti psichiatrici, di fatto come già si vedeva in Inghilterra e in Francia però in una realtà strettamente sperimentale, quindi in una realtà strettamente circoscritta. Lui ha avuto un'intuizione che poi si era diffusa nel resto d'Italia. Lui ha avuto il merito di metterla in atto, ma in una situazione privilegiata come era l'ospedale psichiatrico di Trieste e di Gorizia perchè lei sa che nell'ospedale psichiatrico, vedi Goffman e tutta la storia degli ospedali psichiatrici, ci andava dentro di tutto... matti, disadattati...; Trieste e Gorizia avevano tutti profughi della ex Jugoslavia, quindi avevano dentro anche una buona quantità di persone sane che erano in realtà disadattate, senza tetto, con problemi sociali. questo ha facilitato la possibilità di dimostrare determinate cose, in questo senso. Però è chiaro che potendo dimostrarlo lì ha aperto la strada per poterlo fare in altre situazioni. [...] Per [ritornare] alla mia realtà, siamo partiti nel '78 con la prima comunità di 15 persone. Si era partiti con un discreto numero di operatori, e poi c'è stata una progressiva riduzione con il crescere dell'autonomia degli ospiti. Io in quel periodo ho scritto delle cose sul fatto che pazienti psichiatrici conservano una vulnerabilità rispetto all'ambiente in cui si trovano. Nel senso che partendo dal fatto, dall'esperienza che era successa per un problema istituzionale per cui dopo 10 anni, più o meno nell'86-'87, dopo 10 anni che la struttura era aperta [con operatori solo di giorno], per un conflitto istituzionale è ritornata una struttura protetta 24 ore su 24. Il cambio di organizzazione ha fatto sì che i pazienti regredissero come in ospedale psichiatrico. Quindi che tutto quello recuperato in 10 anni è... completamente perso: alcuni sono diventati incontinenti e via così. Con il rimuovere... questa situazione dopo un mese - un mese e mezzo, c'è stata in una... settimana - 10 giorni un totale recupero dei pazienti...

A: brevissimi i tempi...

nel senso che hanno reagito quasi automaticamente... la presenza 24 su 24 con... con il solo fatto che [gli ospiti] se anche non facevano le cose [rifare il letto, provvedere alla cura personale...] essendoci il personale qualcuno l'avrebbe fatto, li ha portati nel giro di un mese, 1 mese e mezzo a tornare ai livelli dell'ospedale psichiatrico, con una rapidissima ripresa una volta ripristinata la

situazione [di autonomia con personale solo di girono]. Una conferma dell'importanza dell'ambiente rispetto alle persone. Quasi una dimostrazione sul campo della cosa.... (direttore cittàJ)

L'esperienza delle comunità terapeutica di cui racconta questo psichiatra è iniziata "tardi" rispetto ad altri luoghi in Italia come appunto Trieste e Gorizia ma rappresenta comunque bene il percorso che si è svolto: prima di realizzare la chiusura del manicomio gli operatori, o almeno alcuni di loro, hanno sperimentato altre possibilità di cura oltre il manicomio a partire dal manicomio stesso. Ciò che iniziano a mutare sono quindi le interazioni all'interno dell'ospedale psichiatrico, in linea con i tentativi di superare il modello di assistenza psichiatrica fondato sulla reclusione e la custodia.

Negli stessi anni in Francia, prende piede il movimento della psichiatria di settore che pone le basi per le pratiche territoriali a partire dal decentramento delle pratiche di cura dal manicomio agli abitanti, la cosiddetta geopsichiatria che, come scrive Carla Bertolo, si utilizza per

esprimere la natura data dall'intricarsi imprescindibile del lavoro della psichiatria interna (l'ospedale, la clinica) e della psichiatria esterna (fuori dall'ospedale, il territorio). Si tratta nelle pratiche di una psichiatria che esiste in funzione del suo stare nella "geografia umana", contribuendo a definire quella "medicina sociale" che delimita il campo concreto della salute "pubblica" in termini di diritti di cittadinanza. Essa ha perseguito la convivenza tra "follia" e "normalità" tramite la diversificazione dei luoghi di cura, pensando le istituzioni non in una logica assistenziale, ma come spazi intermedi per processi di contaminazione, ovvero di possibilità di scambio e di cambiamento per l'attivazione di legami di inclusione solidale. (Bertolo, 2009, p.10)

Negli anni '60 inizia un grande periodo di fermento culturale, politico e sociale sul problema della riforma sanitaria in generale e sulla riforma dell'assistenza psichiatrica in particolare, i nuovi modelli di assistenza lasciano intravedere l'incalzare delle nuove conoscenze sulla malattia psichica, si afferma il principio fondamentale della de-ospedalizzazione, dell'assistenza psichiatrica da attuare sia attraverso il blocco assoluto della costruzione di nuovi Ospedali Psichiatrici, sia attraverso il progressivo sfollamento dagli ospedali di chi ci rimane solo per mancanza di adeguate strutture sociali. Si propone la formulazione di un piano di intervento globale, dove l'assistenza psichiatrica venga offerta sul territorio, e venga anche essa affidata al Servizio Sanitario Nazionale. Nasce la proposta diretta ad ottenere l'integrazione del principio della de-ospedalizzazione accompagnata anche dall'indicazione di soluzioni alternative al ricovero e di strutture minime da collocare all'interno dell'organizzazione sanitaria territoriale.

Questo fermento permea molti manicomi ma sicuramente i più famosi sono quelli di Gorizia e Trieste nei quali Basaglia ha lavorato e dal quale emerge la parte

visibile del lavoro di critica all'istituzione manicomiale attraverso forme visibili all'opinione pubblica. Tutt'oggi l'esperienza basagliana viene ricondotta a Trieste dove, di fatto, si è continuata l'opera di Basaglia con suoi collaboratori del tempo, Peppe Dell'Acqua e Franco Rotelli. Ecco perché quando oggi si parla di Basaglia lo si associa molto a Trieste che continua a d essere oggi motore visibile delle riflessioni attorno al tema dell'interazione tra disagio psichico, servizi pubblici e comunità locale.

Con la legge n°180 del 13.5.1978, promossa, tra gli altri, da Franco Basaglia, il cui titolo recita "Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori", l'oggetto non è più, come nella vecchia normativa, la determinazione dei confini della malattia e l'identificazione delle categorie. Esso è invece il "Trattamento Sanitario" T.S.O. (trattamento sanitario obbligatorio): si riferisce al ricovero che, in ogni caso, è previsto come temporaneo (con determinate garanzie) e come soluzione di emergenza. La legge fissa il principio generale che gli accertamenti e trattamenti sanitari, di regola, sono volontari ma, nei casi previsti dalla legge, essi possono essere disposti dall'autorità sanitaria, nel rispetto però della dignità della persona e dei suoi diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione. La legge stabilisce che gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori siano attuati dai presidi e dai servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessita la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Divengono inaccettabili sia la costrizione emarginante, che il ricovero in istituto psichiatrico comportava, sia l'influenza nociva che la desocializzazione e la risocializzazione istituzionale, ad essa inevitabilmente connessa, esercitava sui ricoverati, come scrive Benedetto Saraceno

La critica pratica di Basaglia opera non soltanto nella direzione di una liberazione dalle catene manicomiali, ma anche dalla psichiatrizzazione e medicalizzazione del disagio psichico, ritrovando di esso i nessi e i bisogni oltreché psicologici anche comunitari, sociali e economici. (Saraceno, 1989, p. 204)

Il superamento degli Ospedali Psichiatrici inizia attraverso l'approntamento di soluzioni alternative che sono previste dalla legge 180 solo in termini assai vaghi, quando si parla della creazione di servizi e presidi psichiatrici extraospedalieri necessari per la prevenzione e cura della malattia. Essa inoltre prevede, come soluzione immediata, l'istituzione nell'ambito degli ospedali generali di specifici Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (S.P.D.C).

Questi ultimi sono diventati, per molti psichiatri, il baluardo dentro cui realizzare appieno la propria professione, un passaggio quindi, dal manicomio all'ospedale o al "territorio" inteso come ri-costruzione del manicomio in molteplici strutture geograficamente disseminate – ovvero una de-localizzazione. La legge 180 e il suo immediato accorpamento alle legge 833 istitutiva del sistema sanitario nazionale, avrebbe dovuto rendere l'ospedale uno dei presidi per la tutela della salute, sanitario appunto e non medico. Quella che si intendeva mettere in atto era quindi una politica

per la salute caratterizzata da un alto livello di integrazione fra le risorse e i bisogni di una popolazione.

Le attuali strutture venete che afferiscono ai Dipartimento di Salute Mentale, sono molteplici e con una certa omogeneità tra le strutture regionali. Ogni distretto in cui è suddiviso il territorio delle A.Ulss, ospita un centro di salute mentale (CSM) che coordina il servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC) ospedaliero, con le strutture dislocate nel territorio di competenza: CTRP (comunità riabilitativa protetta), day hospital, centri diurni (CD) comunità alloggio e appartamenti protetti. Molte di queste strutture territoriali sono spesso co-gestite con cooperative sociali ma ci sono anche situazioni in cui il privato sociale gestisce l'intera struttura riabilitativa riconosciuta però dal DSM che fornisce il personale medico di riferimento.

Lascio la parola a Peppe dell'Acqua, psichiatra che con Basaglia ha svolto un ruolo importante nella storia del disagio psichico in Italia, e continua a farlo.

Nel 2008 parleremo molto dei trent'anni della riforma. E già mi immagino i politici, i giornalisti, gli esperti di ogni cosa, gli psichiatri che diranno della grande utopia di Franco Basaglia e della legge che «non è stata applicata», diranno che «bisogna misurarsi con le conseguenze negative della legge 180», si compiaceranno che la riforma italiana è la più avanzata al mondo ma che tuttora mancano le strutture, che il malato viene abbandonato, che il peso è sulle famiglie... I più equilibrati parleranno di «luci e ombre» e diranno che dopo trent'anni si può anche osare pensare che la 180 non è un tabù e che si può migliorare. Trentennali luoghi comuni. Temo che sarà molto difficile entrare nel merito della questione, riattraversare le interrogazioni che quella stagione poneva con urgenza alle istituzioni, alla politica, ai saperi, all'organizzazione sociale. E che sono oggi ancora attuali. Temo che pochi vorranno ricordare che in quegli anni abbiamo accettato una scommessa straordinaria che oggi in altri luoghi e con altre forme quotidianamente ci impegna: i malati di mente, gli internati, i senza diritto, i soggetti deboli diventano cittadini! Credo che oggi si possa dire: in Italia niente è più com'era trent'anni fa. E subito bisogna spiegare. Dire che nel campo della salute mentale si sono prodotte, tra l'inizio degli anni '60 e la fine dei '70, accelerazioni, innovazioni, cambiamenti impensabili e inconfondibili col resto degli altri paesi europei e occidentali. Cambiamenti che hanno restituito possibilità. Intanto la possibilità di restare cittadini, di essere titolari dei propri diritti, di avere la speranza di rimontare il corso delle proprie esistenze, perfino di guarire. Forse queste affermazioni possono sembrare banali, per chi di malattia mentale non si occupa, tanto da chiedere: «Beh, dove sta il problema? Non siamo tutti cittadini con tanto di diritti?». Il problema è che chi vive l'esperienza del disturbo mentale, nello stesso momento in cui si ammala e incontra lo sguardo della psichiatria, diventa «malato di mente». Finisce di essere un cittadino e rischia il crollo, l'annullamento, la perdita dei

suoi diritti, della sua dignità, del senso stesso della sua vita.
(Intervista a Dell'Acqua, in Camarlingi 2008, p. 23, 24)

L'originale percorso della psichiatria in Italia e del processo di de-istituzionalizzazione ha radici profonde nella costruzione sociale degli uomini e delle donne che vivono il frammento di umanità che prendiamo in considerazione in questo lavoro. Ciò che viene messo in luce da questa riforma chiamata utopia, molto criticata e anche molto idealizzata, è la restituzione di possibilità:

la libertà intesa come possibilità di godere di diritti, di esprimere bisogni, di alimentare desideri, di scoprire i propri sentimenti, in una parola di *vivere*. Di rientrare nel contratto sociale. La libertà è terapeutica, dicevamo allora. Dunque è terapeutico, prima di tutto, liberare le persone e garantire loro possibilità. (Dell'Acqua intervistato da Camarlingi, 2008, p. 5)

Parallelamente a questo percorso che ha "liberato", ce n'è un altro che "lega" nuovamente. Sempre Peppe Dell'Acqua afferma che "il ritorno di una psichiatria che non vede le storie, crea l'immagine dell'inguaribilità: da una parte la crisi, o meglio l'acuzie, dall'altra la cronicità" (id., p. 9). Forze ambivalenti si muovono lungo questo cammino complesso e con molte ambiguità che così procede.

Premessa. Confini, frontiere e “Terra di Alter”

Con questa premessa intendo esplicitare quali sono le riflessioni che fanno da fondamento a questo lavoro, fornendone così una chiave di lettura.

Propongo quindi l’architettura del percorso narrativo che parte dalle fondamentali teoriche che stanno alla base del mio lavoro, costruite dopo il lavoro sul campo, grazie al lavoro di analisi.

Inizierò a muovermi a partire dai concetti di pazzia e normalità, due modi socialmente costruiti per nominare qualcosa di molto complesso che sta alla base, storicamente e concettualmente, di questo percorso *attraverso il disagio psichico*.

Le fondamenta. Normalità, pazzia, confini?

Franco Basaglia, in una frase molto citata delle sue *Conferenze brasiliane* (1979), propone una visione di coesistenza tra normalità e pazzia come insita nell’essere umano, nella vita:

Io ho detto che non so che cosa sia la follia. Può essere tutto o niente. È una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. [...] Il problema è come... superare la follia istituzionale e riconoscere la follia là dove essa ha origine, come dire, nella vita. (Basaglia, 1979)

Le riflessioni di Basaglia sottendono una questione molto interessante e coinvolgente che riguarda il tema filosofico della complessità dell’essere umano ma che viene sviscerata in questo contesto. In accordo con questa visione della coesistenza di pazzia e normalità però, presento alcune brevi considerazioni.

A partire dall’analisi del modo attraverso cui si è socialmente costruito il rapporto con il disagio psichico – ossia individuando i due concetti di normalità e pazzia – utilizzerò invece un approccio che si ispira alle parole di Basaglia e che vede “la vita” come composta al tempo stesso sia di quella che viene definita pazzia, sia di quella che viene nominata normalità. La vita è per me, quindi, una coesistenza di emozioni, esperienze, situazioni, ambienti, relazioni che assumono la forma di ciò che, a seconda di come tutte queste dinamiche si intrecciano socialmente, viene definito pazzia e normalità. Dipende quindi da un complesso combinarsi di queste dinamiche se qualcuno viene socialmente definito pazzo o normale – e se egli stesso si percepisce tale - ma queste definizioni non rispecchiano completamente il complesso fluire dell’esistenza.

Per declinare i concetti di pazzia e normalità secondo questo approccio, possiamo dire che essi costituiscano le polarità costantemente in relazione nella

dualità dell'essere umano. Il concetto di dualità – come ci proviene dalla fisica quantistica - ci consente, oltre che di concepire la compresenza dell'una e dell'altra forma nei soggetti, di comprendere che attraverso il modo in cui osserviamo mettiamo in luce queste forme. Osservando entriamo in relazione con l'“altro” partecipando a realizzare il disegno dell'esistenza⁸. Dal fluire della vita appaiono delle forme (Simmel, 1908) come “nella teoria quantistica non si trovano mai “cose”, ma si ha sempre a che fare con interconnessioni” (Capra, 1982, p. 69), non con “stati” ma con “movimenti”.

Con queste premesse e distinguendo i concetti di pazzia e normalità, possiamo guardare ora ai modi in cui esse sono socialmente considerate. Socialmente si è dato vita ad un confine che separa i pazzi dai normali. È proprio per il fatto che esistono questi due termini, pazzia e normalità, che possiamo discutere del confine tra di essi.

Utilizzo le riflessioni di Zerubavel così come le ha riportate Rosalba Perrotta (2005) che esemplifica come i confine non siano “naturali” ma socialmente costruiti:

Nel mondo reale non esistono linee che dividano i persiani dagli armeni, i cristiani dai musulmani, o i “neri” dai “bianchi”. Né ci sono spartiacque naturali che separino i normali dai pervertiti, i “colletti blu” dai “colletti bianchi”, o i “sani” dai folli. (Zerubavel, 1997, p. 65)

Secondo questa prospettiva dunque, questi confini non esistono di per sé ma attraverso i processi del coagulare e dello scindere che nel linguaggio di esprimono come *isole di significato* (Zerubavel, 1991) – tra le quali appunto “pazzia” e “normalità” - che ci consentono di conoscere attraverso il categorizzare cioè il distinguere e l'assimilare. Le isole di significato si costruiscono quindi intorno a termini e pratiche che ci servono per comprenderci. Ma naturalmente i confini, se pur necessari, interrompono il continuum del “mondo reale” a volte in modo così netto da rendere più rilevante la contrapposizione tra le isole di significato che la presenza di zone intermedie tra di esse. Un modo per mitigare la linea netta tra isole è quella proposta da Zerubavel stesso di creare nuove isole di significato, portando così alla luce zone intermedie prima nascoste. In questo modo si pone anche in rilievo la costruzione sociale e mutevole di queste isole. Alcuni autori (Manoukian 1988, Cacciari 1997) utilizzano invece il concetto di arcipelago per porre il risalto la connessione esistente tra le isole: l'acqua è un elemento di ricomposizione che mette in comunicazione le differenti isole di significato. Attraverso la metafora

⁸ Secondo la filosofia cinese il Tao, essenza ultima della realtà, è un processo di flusso e mutamento continui tra due poli archetipi - yin e yang – che non sono categorie opposte ma poli estremi di un tutto singolo. “non c'è nulla che sia solo ying o solo yang. Tutti i fenomeni naturali sono manifestazioni di un'oscillazione continua tra i due poli, e tutte le transizioni hanno luogo in modo graduale e con progressione ininterrotta. L'ordine naturale è un ordine di equilibrio dinamico tra yin e yang.” (Capra, 1982, p. 33). Si veda anche Pasqualotto (1989, pp. 71-73).

dell'arcipelago possiamo accorgerci che nel vivere ed interpretare il mondo abbiamo diverse possibilità per costruire il nostro sistema di rilevanza: possiamo mettere in evidenza le differenze tra due forme o le connessioni di esse oppure entrambe come l'arcipelago cerca di fare, tenendo assieme sia "l'isolamento" che la connessione. L'acqua diventa quindi la "struttura che connette" (Bateson, 1972).

Per come vengono utilizzati nella vita quotidiana i confini sono espressione dell'organizzazione sociale. Come afferma Georg Simmel (1908):

il limite non è un fatto spaziale con effetti sociologici, ma è un fatto sociologico che si forma spazialmente. (id., p. 531)

Proprio per questo i limiti sono mutabili e i confini tra pazzia e normalità si trasformano in base ai mutamenti sociali di ciascuna cultura. Non solo, in ogni singola interazione faccia a faccia la relazione tra i processi dello scindere e del coagulare può assumere forme differenti attraverso il modo in cui diamo rilevanza a questi processi e altrettanto al modo in cui osserviamo. Come affermava Simmel (id.), i processi di identificazione e differenziazione incessantemente si intrecciano e in questo modo caratterizzano l'esistenza sia individuale che collettiva. Ciò significa che questi processi sono coesistenti e contemporanei e dipende quindi dal tipo di sguardo attraverso cui osserviamo come mettiamo in rilievo le dinamiche di individuazione - coagulare - e differenziazione - scindere -. Il processo di socializzazione (Simmel, 1911) si realizza in questo modo. Un esempio: a Venezia due palazzi su due rive opposte di un canale, sono separati se guardiamo alle pietre che li costituiscono, ma sono connessi se guardiamo invece all'acqua tra loro. Sono contemporaneamente separati e connessi ma possiamo dire l'una o l'altra a seconda di cosa mettiamo in rilievo, la dinamica separatoria o quella connettiva. O possiamo tentare di metterle in rilievo entrambe.

Il nostro senso comune mette solitamente in rilievo il processo di separazione e quindi vede i confini come uno strumento ordinativo: separando distingue e quindi de-finisce un'appartenenza che regola la vita sociale. Il primo confine che viene socialmente riconosciuto è quello costituito dal nostro corpo⁹ che segna un limite tra il dentro e il fuori di noi. Nel rapporto tra queste due dimensioni sta, secondo Melucci (1987), la possibilità della integrità personale che si realizza quando c'è una comunicazione fluida tra di esse, un processo dinamico,

⁹ Anche se per molte discipline che si rifanno ad un'idea di unità tra mente e corpo, il confine del singolo non è delimitato dal corpo ma lo supera, attraverso quella che viene chiamata "aura energetica". Essa consente diversi livelli di percezione sensoriale oltre l'esperienza fisica la cui ampiezza varia a seconda del soggetto. Si tratta di esperienze come quelle che chiamiamo "sensazioni a pelle": conosciamo qualcuno e questo non ci piace o ci piace senza una spiegazione che riteniamo "razionale" e quindi dicibile ma che ci fornisce una chiara percezione rispetto a come relazionarmi con quella persona.

esperienza interna ed esperienza sociale si influenzano reciprocamente. Lo scambio non avviene come irruzione incontrollabile del dentro (istinti, pulsioni) nella normalità del tempo quotidiano. C'è invece una ridefinizione continua dell'interno: gli elementi che la persona acquisisce via via attraverso la sua esperienza sociale e attraverso i dati della cultura mutano la sua percezione e la sua consapevolezza dell'interno. Si disegna così nella vicenda personale un ciclo di apertura e chiusura, un passaggio ripetuto tra i due piani dell'esperienza e tra i tempi diversi che la compongono. (id., p. 144)

La dinamica dentro-fuori rimane la chiave per interpretare esperienze di altri confini, meno materiali del proprio corpo. Simmel (1908), nel rendere conto delle ragioni dei confini e del loro fondamento sociale, utilizza la dimensione spaziale che definisce come “una attività dell'anima” (id., p. 524). In questa visione i confini contribuiscono a delimitare quello che altrimenti rimarrebbe un indefinito “unico spazio generale”, nel quale però le azioni sociali sarebbero impossibili:

per la nostra utilizzazione pratica, lo spazio si compone in pezzi i quali si presentano come unità e – come causa e come l'effetto di ciò – sono contornati da confini. (id., p. 525)

Una volta delimitato ciascun territorio esso appare come una unità, separato dall'esterno e racchiuso all'interno da un confine che ha la stessa funzione di una cornice per il suo quadro. Solo grazie ad essa, infatti, l'opera d'arte diviene sensata e unitaria, secondo Simmel, rivelando il carattere di ineluttabilità dei confini per la vita sociale. In questo senso i confini hanno un carattere di sacralità, che permette di proteggere ciò in cui il singolo o la comunità si identifica, da ciò che, esterno, che lo potrebbe profanare (Douglas, 1966).

Separato lo spazio delle “forme sociali” attraverso le dinamiche di inclusione ed esclusione, socialmente i soggetti si riconoscono reciprocamente come outsiders o insiders (Elias e Scotson 1965, Becker, 1963, Merton 1972) all'interno di queste forme, necessitando di un auto riconoscimento come di un etero riconoscimento. Il riconoscimento è considerato necessario per la definizione continua dell'identità¹⁰ attraverso l'incontro con l'altro fatto di separazione e di scambio. L'identità si costruisce quindi attraverso la distinzione (Bourdieu, 1979) dall'“altro” e l'identificazione con il “noi”.

¹⁰ Utilizzo la parola identità per la sua indiscutibile appartenenza la senso comune e al dibattito scientifico ma la trovo limitante per il fatto che rimanda all'idea di qualcosa di identico a sé stesso. Nella prospettiva interazionista che cerco invece di utilizzare, sarebbe necessario un termine che contenesse la dimensione relazionale e quindi trasformativa (La Mendola, 2006, p. 50) del percorso di vita. Il modo in cui Raimon Panikkar utilizza la parola identità nella citazione che si trova al termine di questa premessa va nella direzione immaginata.

Abbiamo utilizzato il concetto di confini in senso metaforico, riferendolo ai concetti di pazzia e normalità, grazie al fatto che tutti ne abbiamo “una esperienza concreta ben definita, di cui esiste traccia nella vita di tutti” (Cella, 2006, p. 206). In letteratura il tema dei confini etnici, essendosi concentrata molto su senso e significato dei confini, ha prodotto molte riflessioni in merito alla differenza e alla distanza tra gruppi e alle modalità con le quali esse entrano in contatto. È chiaro che le riflessioni sulle differenze culturali valgono sia che si parli di gruppi etnici che di culture organizzative all’interno delle quali abbiamo osservato l’interazione tra “normali” e “pazzi”. Lo ribadiamo ancora una volta, il nostro interesse sono i processi di socializzazione e anche cambiando contesto, si tratta sempre di dinamiche del “fare società”.

Fredrik Barth (1994) afferma che le differenze tra culture vengono molto indagate, mentre la natura dei confini che le separano non altrettanto. Questa è una questione molto importante perché studiare i confini partendo dall’idea che non siano definiti una volta per tutte ma mutevoli e modificabili, consente di svelare come possano persistere nonostante esista un flusso di persone che li attraversa in modo non occasionale e superficiali.

Nella misura in cui i soggetti usano l’identità etnica per mettere loro stessi e gli altri in una categoria ai fini dell’interazione, essi formano gruppi etnici in questo senso organizzativo. (Barth, 1994, p. 39)

È guardando solo al processo di identificazione che separa, che socialmente si “cristallizzano” i soggetti in categorie. La continuità di quelle che Barth chiama “unità etniche” dipende dal mantenimento dei confini tra membri ed esterni nonostante i tratti culturali del gruppo possano cambiare. E possono cambiare anche durante l’interazione: quando persone di culture diverse interagiscono si creano “ammorbidenti” delle differenze per realizzare una comunanza di esperienza se pur limitata. Ciò accade perché ci sono regole e prescrizioni (Goffman, 1959) che delimitano le relazioni interetniche. È il confine etnico ciò che definisce il gruppo”, il processo che cristallizza e categorizza e “non la sostanza culturale che esso racchiude” (Barth, 1994, p. 41).

Nella prospettiva di Barth gli attraversamenti dei confini sono parte delle culture etniche, non sono eventi inaspettati e perciò ciascuno degli attraversanti possiede gli strumenti per vivere l’esperienza del contatto senza paura della contaminazione. In un certo senso è quello che accade con la ricerca empirica: si può decidere di entrare in una cultura e fermarsi poco al di là dei confini, o si può scegliere invece di attraversarla esplorandone alcuni territori accompagnati dai “nativi”. Ciò che cambia è il diverso grado di compromissione che si è disposti ad incontrare.

I confini sono diventati, nelle nostre società contemporanee, lo strumento sociale per fronteggiare, o perlomeno arginare, il senso d’insicurezza e di vulnerabilità di fronte all’alterità e per giustificare la propria diversità. Ci si riconosce

reciprocamente all'interno del proprio gruppo e ci si riconosce negativamente (Honneth 1993, Crespi 2002) rispetto a chi invece non vi appartiene, non solo quindi includendo o escludendo ma anche trasformando in disuguaglianze le differenze che distinguono i due gruppi. Ancora una volta fissando in categorie ciò che è mutevole. La letteratura sullo *straniero* (Simmel 1908, Sayad 1999) illustra estesamente queste dinamiche.

Uno dei modi attraverso cui si crea disuguaglianza, lo stigma, è carattere specifico del campo di ricerca oggetto di questo studio. L'attenzione, nell'interazione, si focalizza su una differenza non desiderata (Goffman, 1963) - l'aspetto fisico, il comportamento in pubblico, la provenienza... - per confonderla poi con la totalità della persona stessa: lo stigmatizzato viene alienato, riconosciuto unicamente attraverso un'etichetta (Becker, 1963) che gli riduce le alternative di vita. Attraverso lo stigma si mantengono ben delineati i confini, prevedendo socialmente le poche modalità mediante cui interagire con gli stigmatizzati che perlopiù si cerca di alienare, allontanare.

Nel tentativo di ricercare le dinamiche di differenziazione e di identificazione nella letteratura come nella vita quotidiana, ci possiamo imbattere in tentativi classificatori che non risultano particolarmente utili a questo scopo. Come quella del geografo sociale Claude Raffestin (1986) che crea una classificazione delle funzioni del confine che individua come ideologica, di regolazione, di differenziazione, di relazione. Ciascuna funzione è descritta attraverso gli elementi che la contraddistinguono maggiormente ma quella che sembra interessante è *di relazione*: pause di riflessione nella terra di nessuno, per conoscersi e confrontarsi ma anche per riconoscere d'essere il prodotto di una cultura ibrida fatta di molteplici appartenenze e lealtà.

Questa categorizzazione rigida che ha il limite di venire de-finita dall'autore, ha il vantaggio di immaginare un luogo in cui le differenze convivono, una "terra di nessuno" che diventa occasione per mettere in evidenza sia i confini che le connessioni.

Dal confine alla frontiera verso la *Terra di Alter*

La "terra di nessuno" la chiamo *Terra di Alter*, utilizzando le riflessioni di Martin Buber (1923) sulla relazione tra "io e tu" e quelle di Bachtin (1979) sulla sempre parziale comprensione dell'altro. La Mendola sintetizza queste riflessioni scrivendo sul senso del termine Alter:

L'adozione della parola latina *Alter* [...] intende sottolineare l'attenzione per le differenze e la relazionalità della conoscenza. *Alter* sta a indicare che gli interagenti sono da considerarsi come differenti, ma non separabili né dal punto di vista sostantivo né da

quello metodologico; al contempo essi non sono mai completamente esplorabili. (La Mendola, presentazione della collana AlterGraphein, Accademia Universa, Milano)

Ma ora facciamo un passo indietro in cui spiego come sono arrivata a concepire questo territorio e come lo utilizzo nell'analisi del materiale raccolto dal campo.

A partire dalla ricerca e dalla letteratura a cui ho fatto riferimento, ho colto un mutamento nella separazione socialmente costruita tra normalità e pazzia che ha a che fare anche con il processo che ha portato alla nascita e sviluppo del concetto di "salute mentale" che descriverò nel capitolo 3: in quella sede espliciterò come la maggiore attenzione al concetto di "salute mentale" nei discorsi pubblici nel sistema del welfare, si sia tradotta in un ampliamento del mandato sociale - di prendersi carico della salute mentale- alla psichiatria¹¹. In riferimento a questo è come se il confine tra le due dimensioni, normalità e pazzia, si fosse sfumato – evocando la porosità della membrana batesoniana - creando un nuovo territorio che chiamo della "non pazzia e non normalità". È in particolare il confine tra questo territorio e quello della normalità che mi appare maggiormente indefinito, come se oggi fosse più difficile definire la normalità rispetto alla pazzia. Le parole di Federico Scarpa, una persona che ha fatto esperienza del disagio psichico, possono chiarire di cosa parlo:

La domanda che mi pongo è questa. Noi cittadini che abbiamo avuto problemi di natura mentale, siamo cittadini normali o siamo entità umano-aliene che richiedono maggior protezione? Può esserci una via di mezzo tra l'handicap psichico e la cosiddetta normalità? Noi chi siamo per la società? Il mio parere personale è che siamo una categoria molto particolare, siamo soggetti senza handicap, ma siamo anche dei soggetti deboli, persone che hanno vissuto dei black out brevi, lunghi, più o meno intensi. Concludo con una riflessione puramente soggettiva: Io non mi sento handicappato. Io non mi sento un normale essere in grado di competere con le leggi di mercato.¹²

Ciò che è avvenuto con Franco Basaglia in Italia può aiutarci a capire come si è modificata la percezione della normalità e della pazzia. Il processo basagliano di restituzione della pazzia alla vita, ha avuto un qualche seguito e l'attenzione sociale alla dimensione della salute mentale ha di fatto ampliato il numero di persone che riconoscono, individualmente e socialmente, di vivere un disagio psichico di qualche tipo, magari lieve, transitorio...

¹¹ Espliciterò nel capitolo 3 perché alla psichiatria, per ora basti ricordare che nel sistema dei servizi istituzionali italiano la disciplina che "regge e governa" la dimensione mentale, psichica, interiore è la psichiatria, coadiuvata da scienze "ancillari" quali la psicologia e le scienze sociali.

¹² Citazione tratta da *Alla ricerca della salute mentale e sue criticità*, brano tratto dal sito www.forumsalutementale.it dal titolo.

Alcuni autori ricomprendono questo processo nel più ampio andamento sociale che ha visto la “fine” del controllo istituzionale sull’individuo che è stato sostituito da un controllo sociale di tipo “interno” implicito e inconsapevole (Foucault, 1971). È nato l’imperativo di essere se stessi, di ricercare la propria individualità, il proprio originale percorso. Questa spinta è divenuta una forte pressione sociale che presenta gli ideali di felicità, autonomia, indipendenza e originalità rifiutando invece l’apatia, la dipendenza e l’adeguarsi. Come afferma Melucci (1987) il diffondersi di spinte all’autorealizzazione, alla creazione di bisogni riflessivi di identità giunti in un momento in cui le risorse personali erano alte e permettevano di “pensare alla vita come scelta” (id., p. 153) ha visto, contemporaneamente, come fosse l’altra faccia di questo processo, l’incremento del disagio e della patologia individuale legata alla pressione della complessità sull’esperienza quotidiana. La nuova rappresentazione sociale dell’uomo e della donna “riusciti” ha fatto esplodere una “fatica di essere sé stessi” afferma Ehrenberg (1998) perché “la misura dell’individuo ideale non è più data dalla docilità ma dall’iniziativa” che diventa non una scelta privata ma “una regola comune, valida per tutti, pena l’emarginazione” (id., p. 9). Queste riflessioni che riguardano un questo grande cambiamento di prospettiva nella costruzione del senso comune delle nostre società, credo vada mitigato nel momento in cui parliamo di realtà come quella italiana, e veneta in particolare, in cui rimane ancora forte la spinta al mantenimento delle tradizioni e al percorrere strade “tradizionali”.

Queste riflessioni di carattere generale sulle spinte sociali ci permette però di mettere in rilievo il ruolo di parole come autonomia e dipendenza che riprenderemo nel corso dei capitoli. È possibile immaginare percorsi di “riabilitazione” in cui le spinte all’autonomia e originalità siano mitigate dalla possibilità di ricercare sicurezza *dentro* alcuni confini?

Come vedremo nell’ultimo capitolo, si tratta di una coabitazione che ritroviamo all’interno dei servizi e nelle esperienze di vita degli utenti e delle loro famiglie, quella tra autonomia e dipendenza.

Per tornare alla *Terra di Alter*, il confine della normalità appare molto sfumato perché le persone che accedono ad una terapia psicologica o psichiatrica sono molte di più rispetto a trenta anni fa, chi vive un’esperienza di depressione anche, e chi non la vive direttamente conosce una persona a sé vicina che vive o ha vissuto una situazione di disagio psichico¹³. Naturalmente con molte differenze nel senso che, per esempio, l’utilizzo dei servizi pubblici rispetto alla fruizione di consulenze private cambia la percezione che la persona ha della propria esperienza: se mi rivolgo ad un professionista privatamente, che mi accoglie in uno studio appartato e

¹³ Secondo i dati dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Report 2001), su una popolazione mondiale di circa 6,2 miliardi di persone, 1.550 milioni soffrono di disturbi neuropsichiatrici (incluso in essi disturbi mentali, comportamentali e abuso di sostanze) che equivalgono al 25% della popolazione mondiale.

personalizzato, in cui il mio potere contrattuale è consistente nel decide le giornate per la terapia, ad esempio, ho una percezione diversa del mio disagio rispetto al fare riferimento ad un professionista dei servizi per la salute mentale che mi riceve all'interno del centro di salute mentale della mia città dove nella sala d'aspetto trovo spesso persone che mi parlano a distanza "troppo" ravvicinata o hanno lo sguardo perso, o danno in escandescenza appena vedono lo psicologo. Diventa allora più facile mettere un confine tra me o "loro", i pazzi con la P maiuscola, per preservarmi, per riconoscermi positivamente. Ma io posso dirmi normale frequentando un posto così? Avendo a che fare con queste persone pazze? Probabilmente arriverò a dirmi che non sono pazzo ma nemmeno normale. Credo che chi ha questa percezione, per molti motivi diversi, ho fatto solo qualche esempio, abiti questo nuovo territorio, questa nuova isola di significato. Durante tutte le pagine a seguire tornerà questa concezione, tra le parole degli utenti intervistati ma anche in quelle di operatori ed esterni che dicono della difficoltà in cui si trovano oscillando tra il non volersi confondere e il sentire una "comunanza". Questa nuova isola di significato si frappa quindi nel mezzo tra normalità e pazzia. È separata da pazzia e normalità non più da un confine netto ma da una frontiera che

è qualcosa in continua evoluzione, non è un dato certo e può cambiare dall'interno o dall'esterno in qualsiasi momento. La frontiera è instabile, e questa incertezza si percepisce... un margine... ampio in cui dare vita a delle differenze. Abitare la soglia vorrebbe dire, allora, abitare e costruire questo terzo luogo il cui centro passa al suo interno e dentro di noi per diventare noi stessi uomini di confine. [...] I suoi bordi non sono mai netti, né perfettamente definibili, né in assoluto impermeabili. [...] per la costruzione di una frontiera, a volte, accorrono da tutte le parti genti diverse che si stabiliscono nelle sue vicinanze. Ognuna di esse porta con sé pezzi, frammenti, briciole della propria memoria e delle proprie storie che qui, sull'orlo, si riuniscono diventando premessa di qualcosa di nuovo, di diverso, talvolta di estremo. Oltre queste comunità liminari, al di là della costruzione che determina la frontiera si apre la "terra di nessuno". (Zanini, 1997, p. 14-15)

Così, tra pazzia e normalità, che conservano delle roccaforti ben protette e protettive, oltre la frontiera che le separa in modo meno indefinito di un confine, c'è la terra Alter. Essa è ciò che sta tra le due sponde, dove le regole dei confini non valgono più e tutto è indefinito e potenzialmente definibile. Qui abita, o transita, fugge o si trattiene curioso chi non si riconosce o non è riconosciuto nelle roccaforti di pazzia e normalità, chi dalle frontiere si avventura accettando il rischio dell'ignoto, per poi restare o per allontanarsi. Qui l'interazione può avvenire "se non in termini amichevoli almeno senza ostilità" (Simmel, 1908, p. 598) ma in uno scambio continuo: l'attraversamento delle frontiere è potenzialmente possibile. Ci sono i legami e le strutture sociali che possono ostacolare i passaggi desiderati, ma ci

sono anche persone che, come soldati a difesa del proprio territorio, sono timorosi nell'attraversare.

[La terra di nessuno] è anche il luogo dove il tempo si dilata all'estremo, nell'attesa dello scontro con un nemico spesso invisibile; uno sazio di sfogo che talvolta si trasforma in ridicolo corridoio. Quando, dopo lunghi periodi passati dentro la terra, il soldato che combatte in prima linea scopre il nemico, lo vede al di là di quella striscia vuota, quanto gli appare "fatto come lui". [...] Una soglia per tentare di risolvere, per oltrepassare, lo stato di crisi provocato dal confine, uno spazio dove provare a liberare i malintesi. (Zanini, 1997, p. 16, 18)

In questo lavoro ho osservato quello che accade attraversando i territori, accorgendomi di come, nell'avvicinarmi alle pratiche riabilitative dei servizi, alcune si svolgessero nella terra di mezzo, altre su confini e frontiere, altre ancora arroccate nel cuore dei territori. Questi ultimi per paura della contaminazione, per paura di non essere riconosciuti o perché mancano le risorse per avventurarsi. Chi invece sperimenta lo spazio di frontiera o della *Terra di Alter* accetta di "guardare" l'altro e magari di entrare in contatto con lui. Quando questo accade e si accetti il rischio dell'incontro possono accadere situazioni molto differenti ma che vanno nella direzione o della chiusura, rimarcazione dei confini in senso centripeto, o in quella che chiamo "connessione ritmica" che è un'apertura di tipo bridging (Putnam, 2000), connettiva, emozionale, exotopica, centrifuga.

Il ritmo è uno degli elementi fondanti del rituale come Durkheim (1912) e poi Goffman (1967) e Collins (1988) hanno messo in rilievo. Il ritmo proviene e si propaga dal corpo che così comunica con Alter attraverso il battito del cuore, il respiro, i movimenti e i "giochi ritmici di energia" (Capra, 1995). Collins parla di "sincronizzazione ritmica" che avviene in alcune microdinamiche dell'interazione come nei rituali collettivi (Sterchele, 2007) in cui lo scambio tra soggetti ha luogo nel "qui ed ora" secondo un continuo movimento tra armonia e dissonanza come nella prospettiva simmeliana.

Nella *Terra di Alter* gli abitanti dei territori confinanti, fanno esperienza insieme, sono in relazione tra loro mantenendo le loro differenze per "connettersi in modo ritmico". Gli Alter sono differenti ma non separabili, come avessero origini comuni, e soprattutto non sono mai esplorabili appieno, non c'è mai una comprensione totale di Alter (Bachtin 1979). Con queste caratteristiche fondanti della *Terra di Alter*, il rischio è una componente fondamentale: l'interazione è sempre, contemporaneamente, un'occasione positiva, arricchente e un potenziale pericolo. È possibile quindi che anche la ricerca della propria identità si costruisca attraverso processi differenti, non basati sulla differenza ma sulla relazione possibile dalle frontiere e oltre.

per me invece, da buon indiano e da buon hindu, l'identità non è quello che mi fa differente da te, affermando come un presupposto

la distanza diciamo razionale o di categoria esistente fra noi. La mia identità... è ciò che mi mette in relazione con tutti gli altri. E quando dico relazione, penso a una relazione costitutiva e non a una strategia diplomatica di “pubbliche relazioni”. (Panikkar, 1998, p. 30)

1. Il percorso metodologico

... i sociologi... scelgono l'approccio conseguentemente alla propria visione del mondo. È come se il ricercatore si innamorasse di una metodologia finendo per usare e perfezionare solo quella. Proprio perché essa riflette le sue convinzioni profonde e pre-scientifiche rispetto al mondo. Riflette ciò che egli o ella credono che sia il mondo, ed essi stessi dentro il mondo. (Corradi, 2002, p. 61)

Consuelo Corradi ha fissato, in queste parole, una dimensione difficilmente narrabile del lavoro sociale ovvero la scelta di una metodologia sulla base della propria visione del mondo e non della sua opportunità scientifica. Mi trovo molto d'accordo perché, per questa ricerca, ho pensato molto a quale metodologia fosse più adatta. Dopo lunghe riflessioni e resistenze da parte mia, che desideravo anche cimentarmi in territori metodologici differenti, la scelta è stata ancora l'etnografia. In questo metodo mi riconosco, riflette il mio modo di vedere il mondo e il significato che ha per me fare ricerca sociale. Mi ci riconosco insomma, anche se non per questo credo sia "il" metodo per eccellenza, lo è per me, in questo momento della mia vita accademica.

Intendo ora esplicitare i miei presupposti sull'etnografia, per poi presentare le forme assunte da questa etnografia in particolare. In accordo con quanto afferma Cardano (2009) infatti, il contenuto di un'etnografia cioè la rappresentazione della cultura studiata, non è guidato solo dai riferimenti teorici ma anche dalle concrete forme di osservazione utilizzate nel campo di ricerca. È attraverso l'esplicitazione delle pratiche di lavoro nel campo che si può rendere conto del punto di vista dell'etnografo, oltre che dichiarare quali sono le "guide" teoriche. Per fare questo inizierò il capitolo con alcune riflessioni sull'etnografia, un "gioco" che mi è piaciuto fare a partire dall'attuale dibattito scientifico, per rendere conto della mia posizione rispetto ad esso. Nella seconda parte mi soffermerò invece su *come* l'etnografia si è concretizzata nello specifico di questa ricerca.

1.1 Riferimenti dal dibattito sull'etnografia

"Etnografia" è una parola che deriva da *éthnos*- (popolo) e *-graphé* (rappresentazione, scrittura); si tratta quindi del racconto di una cultura che nasce da una "visione dall'interno" (Malinowski, 1922) possibile attraverso l'osservazione partecipante con e come le persone di una particolare cultura.

Nata inizialmente come metodo utilizzato dagli antropologi per lo studio di culture "altre", non occidentali, oggi gli antropologi sociali e i sociologi la utilizzano per studiare le specifiche culture presenti all'interno di quella dominante¹⁴ (o comunque differente da quella del ricercatore). Il ricercatore entra quindi in questa cultura essendo in qualche misura straniero cioè non padroneggiando i codici, i linguaggi e le routine specifiche che ne caratterizzano l'interazione quotidiana. Ciò significa che il ricercatore ha la possibilità di stare "nel campo" in modo aperto, non valutativo e quindi conoscere gli attori protagonisti, vivere con loro momenti della vita quotidiana, osservare i luoghi, entrare in contatto, da vicino, con la loro vita quotidiana.

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

La ricerca si propone di sospendere il giudizio sulla differenza tra la cultura del ricercatore e quella che egli incontra che viene invece accolta, per comprendere "l'altro da sé". Il ricercatore dovrà poi ri-presentare la realtà approssimandosi ad essa il più possibile, creando, appunto, una sua rappresentazione originale della realtà, e non quindi una sua riproduzione con velleità oggettive. Si tratta di una ricostruzione "dall'interno", il tentativo di comprendere il punto di vista dei "nativi", colto nelle loro parole così come nelle azioni che le accompagnano. Secondo Mario Cardano (1997)

la ricerca etnografica si pone [...] l'obiettivo di comprendere e interpretare il punto di vista dei nativi ma anche di descrivere ciò di cui i nativi non hanno consapevolezza... (id. p. 45)

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

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

a un'esperienza che coinvolge non solo l'occhio del ricercatore, ma tutto il suo corpo, tutta la sua persona. (Cardano, 2003, p. 107)

Durante il periodo di osservazione l'etnografo vive con i membri della cultura che vuole studiare, osserva le loro pratiche, prende in considerazione il gergo che viene utilizzato, guarda come i protagonisti utilizzano gli spazi, come comunicano

¹⁴ Le specifiche culture osservate in questa ricerca, ad esempio, sono alcune particolari culture organizzative dei servizi per la salute mentale, inserite nella più ampia cultura dei servizi in Italia.

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

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

Il secondo strumento utilizzato per raccogliere “osservazioni” (Cardano, 2003) è l’intervista discorsiva, narrativa o, come la chiama La Mendola (2009), dialogica. Attraverso questo strumento emergono (altre) dimensioni significative, di sostegno all’osservazioni partecipante, raccogliendo i racconti dalla viva voce dei protagonisti con la possibilità, per il ricercatore e l’intervistato, di “prendersi il tempo” per ripercorrere esperienze, situazioni ed emozioni (anche vissute assieme durante l’osservazione). Dare vita ad un’intervista dialogica è molto complesso quanto affascinante. Innanzitutto significa

che ha al centro l’aver cura dell’interazione. [...] per dare vita a una relazione dialogica [...] non ci si può immaginare di rilevare situazioni, comportamenti, atteggiamenti, opinioni. È possibile entrare in relazione con *Alter*, dando vita a un’inter-vista, senza modificare il suo mondo? [...] occorre riconoscere che “non si può non trasformare” [...] Se così fosse, l’intento principale di colui o colei che intende generare un’inter-vista dialogica diverrebbe quello di accorgersi di come si partecipi a tale tras-forma-azione di *Alter* e di assumersi la responsabilità di tale partecipazione. [...] quello che facciamo con un’intervista dialogica è chiedere ai narratori di ospitarci e di illustrarci le loro – per citare Guccini (1974) *Stanze di vita quotidiana*. (id., pp. 192, 194)

Attraverso racconti e osservazioni il ricercatore redige un “rapporto di ricerca” che riporta alcune rappresentazioni viste da chi sta dentro quella particolare situazione/contexto muovendosi trasversalmente tra gerarchie, pratiche e luoghi. Il ricercatore si trova quindi in una posizione in cui lo sguardo contiene una visione d’insieme differente rispetto a chi in quei contesti c’è dentro, con tutto il corpo ed è

impegnato a muoversi tra le correnti nuotando, a volte annaspando, altre facendosi sostenere, altre sostenendo, altre ancora appoggiandosi al fondo per prendere distanza e osservare i movimenti degli altri o per rallentare camminando sul fondale sicuro. Il ricercatore offre quindi un'immagine che è il riflesso dell'esperienza vissuta e con la quale l'attore coinvolto può confrontarsi attraverso quindi delle possibili occasioni di riflessività. Riflessività quindi possibile da parte di chi è coinvolto nell'etnografia, attraverso la riflessività del ricercatore nel rendere conto di come è o è stato nel campo.

Parlare infatti di riflessività significa guardare alla tessitura delle interazioni tra le persone, a come contribuiscono a costruire il tessuto complessivo in cui si svolgono:

la ricerca produce interpretazioni che cercano di dare senso ai modi in cui gli attori cercano a loro volta di dar senso alla loro azione. (Melucci, 1998, p.23)

e per interpretare i modi con i quali i singoli soggetti partecipano alle dinamiche intra-organizzative attraverso le quali il senso di ciascuno partecipa alla costruzione di un significato collettivo attraverso il processo "razionale" della riflessività. A livello organizzativo, Beck, Lash e Giddens (1999) affermano che

la riflessività è come "un'azione riflessa"...è il modo di riflessione sui pericoli e i mali della produzione che può avvenire individualmente o può essere collettiva e istituzionale (id., p. 268)

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

Ci sono diversi modi di guardare alla riflessività, uno è quello, già indicato, della riflessività come processo razionale che avviene quindi "a riposo" dall'azione, dopo, quando si può riflettere su cosa e come è accaduto. Un altro è quello che Donald Schön (1983) chiama "riflessione nel corso dell'azione" una competenza pratica di riflessione sulle proprie conoscenze implicite che si attiva durante l'azione stessa. Un altro ancora è quello proposto da Salvatore La Mendola (2007) che suggerisce di guardare alla riflessività come parte del fluire della vita e quindi come dimensione trasversale, non riconducibile ad uno stato separato dell'esperienza. Ciò significa uscire dalla logica o/o per cui c'è un momento del coinvolgimento e uno del distacco in cui si riflette, per utilizzare una logica e/e secondo la quale coinvolgimento e distacco sono contemporaneamente parte della medesima esperienza, quella del lavoro nel campo.

La riflessività appartiene al “fare” ricerca in cui c’è un continuo intreccio tra rendere conto riflessivamente e contribuire a generare occasioni riflessive:

fare etnografia non può che diventare, almeno in parte, uno studio dell’approccio riflessivo che i ricercatori e gli attori assumono nel dare le loro risposte, nell’intraprendere azioni e nell’intervenire nel campo. In questo senso fare etnografia implica sempre di più l’insorgere di processi dilemmatici connessi al rispondere a (legati cioè alla negoziazione con gli attori e alla scelta di coloro a cui si decide di rispondere) e al rispondere di (cioè ricondotti al piano della ricerca descrittiva, ovvero al fatto che gli etnografi sono chiamati a giustificare il loro percorso di ricerca e quindi a rispondere di se stessi, della loro scienza, delle domande teoriche che guidano il loro approccio ecc.). (Navarini, 2001, p 297-298)

Il concetto di riflessività permea continuamente il dibattito della ricerca sociale ma in particolare quello che riguarda l’etnografia. Riconosciuta come metodologia caratterizzata da un forte coinvolgimento del ricercatore, la riflessività emerge come componente di rilievo dell’etnografia e di essa ne viene messa in rilievo la ricchezza. Ma non sempre viene vista in questo modo, molti sono gli autori che esprimono delle criticità rispetto ad un modo di guardare all’etnografia con occhio troppo indulgente. Uno di questi è Giuseppe Bonazzi (2001) che in *Le due zie, il tè in veranda e i talebani dell’etnografia*, postfazione ad un numero monografico sull’etnografia realizzato dalla Rassegna italiana di sociologia, si pone alcuni quesiti:

- 1) è sempre vero che i resoconti riflessivi sono migliori degli altri, quelli dove la riflessività è occultata?
- 2) Quale connessione esiste (o deve esistere) tra una etnografia euristicamente valida e i rapporti che l’etnografo stabilisce con le persone incontrate sul campo?
- 3) Più in generale quali sono i limiti dell’etnografia, pur tenendo conto dei meriti che essa ha nel criticare la visione oggettivistica ancora imperante nelle scienze sociali? (id., p. 323)

Rispetto al primo interrogativo Bonazzi utilizza il racconto del periodo di guerra di “due zie”. Esse, attraverso le loro parole, offrono “materiali” differenti raccontando dello stesso episodio: descrittivo dei fatti l’uno (il costo del cibo, i militari feriti...), descrittivo delle proprie emozioni l’altra (la paura, la preoccupazione per il futuro...). In un resoconto etnografico credo siano necessari entrambi e la complessità del metodo etnografico le richiede, proprio perché è importante, per il lettore, sapere *cosa* accade lì cioè i fatti, la successione di eventi, ma anche *come* sono accaduti quei fatti e nel rendere conto di questo “come” c’è il ricercatore. Egli, infatti, se non esplicita la propria soggettività, il come ha raccolto il come, nasconde, di fatto, la prospettiva attraverso la quale ha costruito la rappresentazione. Sono poi d’accordo con Bonazzi di non farne una “lamentosa soggettività”, un ripiegamento autoreferenziale su di sé, che affatica il lettore e non

offre chiavi di lettura; resta comunque necessario, a mio parere, non censurare le difficoltà e le stanchezze nel corso dell'etnografia ma renderle occasione per poter costruire una mappa dei punti di ombra del resoconto.

Marco Marzano (2001) cita, ad esempio dell'etnografia riflessiva, il testo di John Johnson *Doing Field Research* ricerca condotta dall'autore in un'agenzia di servizio sociale per minori dello stato della California. All'interno di questo lavoro, fra gli altri, un brano viene riportato da Marzano come esemplificativo di questo particolare stile etnografico: Johnson presenzia alla decisione di un giudice di separare il bambino quella che per i suoi primi quattro anni di vita è stata la sua famiglia. A quel punto la scena diventa straziante, il bambino viene allontanato a forza verso la madre naturale, quella adottiva e i suoi parenti si scagliano disperati contro la madre naturale e l'etnografo racconta delle emozioni che lo assalgono in quel momento in qualità di spettatore. E Marzano così commenta:

quale miglior dimostrazione della pesantezza del lavoro sociale può essere raggiunta di quella trasmessa al lettore da una narrazione vivida quale quella appena citata? Rievocando l'intensità delle proprie emozioni, l'autore [l'etnografo] ha rivelato nel modo migliore la fatica del lavoro sociale e consentito una comprensione piena e ricca degli eventi di una «giornata qualunque» di un'assistente sociale. (id., p. 271)

Johnson avrebbe potuto riportare la stessa scena utilizzando il brano di un'intervista all'assistente sociale e questo avrebbe consentito al lettore di raggiungere la stessa informazione: ma farselo raccontare e sperimentarlo è molto differente per come poi si costruisce il resoconto della ricerca. Per me, quando leggo un resoconto, è molto importante sapere da dove viene il materiale raccolto: se si tratta di un'etnografia e leggo quindi stralci di diari etnografici, riesco ad avere la misura del "come" il ricercatore è stato nel campo di ricerca e posso comprendere meglio come ha deciso di costruire il suo elaborato finale. E poi è una questione di onestà intellettuale, come scrive Sennett (2003):

non posso certo dirmi un osservatore neutrale: per scrivere in modo onesto un libro su questo tema ho dovuto in parte basarmi sulla mia esperienza personale, e per quanto ami leggere le memorie altrui, non mi trovo a mio agio nel confessarmi. (id., p. 18)

Il secondo interrogativo è ancora più complesso del primo, riguardano le relazioni tra ricercatore e "nativi". Bonazzi afferma che il ricercatore non può porre il problema di tutte le conseguenze dirette e indirette del suo lavoro: questo significherebbe rendere inerte la ricerca, continuamente interrotta da perplessità dei nativi, relazioni problematiche, scrupoli pesanti. Credo che valgano principalmente due riferimenti: il primo è che abbiamo a che fare con delle persone che vanno quindi rispettate anche nelle loro difficoltà e nelle loro paure nei confronti di una ricerca così "prossima" alla propria vita quotidiana come l'etnografia. Detto questo ci sono

gli interessi di ricerca dell'etnografo che deve cercare di perseguire. Ma entrambi questi principi non possono sovrastare l'altro e si tratta di una dinamica di mediazione continua tra gli uni e gli altri. Non esiste una ricetta credo, ma un lavoro continuo all'insegna del rispetto di sé e della propria curiosità intellettuale e il rispetto dell'altro e della sua quotidianità.

Il terzo quesito è intrigante e ha la forma di una provocazione. Ebbene, l'etnografia suscita in molti l'idea di una disciplina saccente e con velleità escludiviste, che tende ad autocelebrarsi. Per quello che leggo degli etnologi e per quello che la mia esperienza può dire rispetto a questo, credo che non sia facile rendere conto della complessità del proprio lavoro, dove questa complessità ha così a che fare con sé stessi. Penso sia questa la distinzione principale e scomoda tra ricerca sociale (quantitativa e qualitativa) ed etnografia: il grande lavoro su di sé che l'etnografia "obbliga" a fare. Ma preciso, un certo tipo di etnografia. Mi riferisco a resoconti che riescono a ricongiungere frammenti del tempo nel campo e del tempo in sé con il vasto panorama della letteratura a disposizione. Mi riferisco al lavoro incessante che mette in discussione continuamente ciò che si è scritto, che si è osservato, che si è. Ed è molto faticoso, anche doloroso. Ecco allora che è possibile emerga l'orgoglio per essere passati attraverso questo percorso e che questo lo si faccia nel tentativo di mettere in luce il diverso grado di compromissione umana del fare ricerca.

È quello che è successo ad Erin Brockovich, storia vera raccontata nell'omonimo film interpretato da Julia Roberts che veste i panni di una segretaria precaria di uno studio legale che spinta da curiosità, intraprendenza e senso della giustizia, indaga sulla Pacific Gas and Electric Company. Questa compagnia sembra essere responsabile della contaminazione delle falde acquifere di una cittadina californiana che provocano tumori ai residenti. Il suo lavoro inizia con incontri assidui ai molti cittadini ammalati, con la raccolta di informazioni e la costruzione di un solido legame di fiducia a scapito della sua famiglia che risente della sua assenza. Il fatto che lei conosca i dettagli più precisi, le storie più intime e abbia vissuto momenti significativi assieme alle persone con/per cui lavora, è molto diverso dal modo di lavorare, con/per le stesse persone, dell'avvocata che sostiene Erin nel lavoro. Lei non ha incontrato quelle persone e non ha condiviso con loro momenti della loro vita quotidiana anche se la sua conoscenza tecnica di come si vince una causa è indubbiamente maggiore. Entrambe hanno concorso a far vincere la causa ai clienti, ciascuna con le proprie competenze e sensibilità che non solo con contributi differenti, ma fatiche e compromissioni personali molto differenti. E lei chiede che questo venga riconosciuto come apporto significativo nel suo lavoro.

Faccio concludere a Bonazzi queste riflessioni sull'etnografia, consapevole delle sue potenzialità e bellezze come delle insidie nascoste:

Viva la ricerca etnografica, ma attenti a non finire talebani dell'etnografia. Esistono anche gli altri che non sono né spazzatura né Buddha da far saltare in aria. (Bonazzi, 2001, p. 327)

1.2 Il disegno della ricerca: dal bozzetto alla verniciatura

Immaginando di paragonare la costruzione del disegno della ricerca a quello di un'opera d'arte, l'idea del quadro prende forma quando appare un primo bozzetto – che potrebbe essere il progetto di ricerca - che da lì in avanti si complessifica, si modifica eliminando alcune parti o aggiungendole, si “aggiusta” con vari interventi fino alla verniciatura finale e la scelta della cornice. Durante il lavoro sul bozzetto, mano a mano che alcune parti prendono forma, emergono interrogativi circa quelle nuove parti, sul loro rapporto con quanto già abbozzato o definito, sulla coerenza con il disegno finale. A partire dall'interesse per il tema delle interazioni con persone con esperienza di disagio psichico, la prima scelta da fare è stata quella del campo di osservazione. Essendo i servizi per la salute mentale l'insieme delle organizzazioni e delle pratiche relazionali socialmente deputate alla “gestione” del disagio psichico, essi erano il riferimento più significativo da coinvolgere. L'idea di partenza era quindi di individuare alcuni servizi in Veneto in cui effettuare un'etnografia rivolgendosi, il più possibile, alle zone di intersezione, di confini sfumati tra pratiche organizzative e vita quotidiana. Ho iniziato così a delineare con maggiore precisione alcuni tratti del bozzetto che avevo iniziato con la stesura del progetto di ricerca.

1.2.1 I testimoni privilegiati

Il primo passo della ricerca è stato quello di individuare alcuni testimoni privilegiati per poter provvedere alla scelta delle aree territoriali su cui organizzare la ricerca sul campo. Ho scelto di utilizzare un criterio “quantitativo” per iniziare l'avvicinamento al campo da combinare poi con informazioni di tipo qualitativo. Utilizzando quindi un criterio di proporzione tra le province venete sulla base dei bacini di popolazione delle A.UU.SS.LL¹⁵ di riferimento per i Dipartimenti di Salute Mentale¹⁶, a partire dai 21 Dipartimenti di salute mentale della Regione Veneto, ho selezionato 13 Dipartimenti di cui ho contattato il direttore in qualità di testimone privilegiato. Questa figura, per il suo ruolo al vertice dell'organizzazione, poteva offrire una visione d'insieme delle dinamiche che riguardano i servizi, il disagio

¹⁵ Dati forniti dalla Regione Veneto - Ufficio Statistiche.

¹⁶ L'acronimo che utilizzeremo nelle pagine seguenti è DSM. Utilizzeremo anche CSM per indicare il Centro di Salute Mentale, CD per centro diurno e gruppo A.M.A. per auto-mutuo-aiuto.

psichico e le loro interazioni con la comunità locale. Le interviste sono state così distribuite:

prima fascia: quattro direttori di DSM appartenenti a A.ULSS con bacino di utenza tra 300.000 e 450.000 (su un totale di cinque)
seconda fascia: tre direttori di DSM appartenenti a A.ULSS con bacino di utenza tra 200.000 e 300.000 (su un totale di sei)
terza fascia: cinque direttori di DSM appartenenti a A.ULSS con bacino di utenza inf. a 200.000 (su un totale di dieci)

Per redigere la traccia di intervista in profondità (presente in appendice), ho concentrato l'attenzione sulle seguenti aree:

esperienza personale e professionale con il disagio psichico;

organizzazione del servizio;

rapporti tra il Dipartimento e l'associazionismo, il privato sociale e il terzo settore;

percezione del contesto territoriale di appartenenza del Dipartimento in termini di stigma, responsabilità e attivazione.

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

tra le A.ULSS della prima fascia era stato escluso l'unico nel quale non era in carica un direttore ma un tavolo di lavoro tra i primari dei servizi del Dipartimento con un referente. Dalle interviste ai primi testimoni è però emersa la forte influenza che l'organizzazione di questo DSM ha nel contesto regionale principalmente per la presenza dell'Università nella quale si sono formati molti dei medici veneti. Inoltre, l'Università è co-protagonista nella gestione dei servizi dell'A. ULSS. Lo chiameremo il DSM di cittàK;

in conseguenza a questo primo punto è stato escluso un Dipartimento della seconda fascia per mantenere la rappresentatività provinciale;

è stato aggiunto un Dipartimento della terza fascia per la possibilità, paventata da alcuni testimoni privilegiati, di un futuro accorpamento di quella A.Ulss con una già selezionata tra quelle dello stesso bacino di utenza. Si prefigurava così un interessante momento storico in cui analizzare i due contesti che hanno invece sempre avuto storie organizzative separate. Inoltre è stata rilevata l'unicità (veneta) dell'organizzazione di questo Dipartimento che comprende anche i servizi del SERT. È il DSM di cittàJ.

Le interviste effettuate sono quindi n. 13, realizzate tra febbraio e luglio 2008. È stata una parte della ricerca molto interessante, i direttori sono attori il cui ruolo gli consente di dare l'“impronta” alle pratiche organizzative e di riflesso al modo in cui esse si connettono al contesto locale. Per questo motivo sarebbe interessante svolgere delle riflessioni focalizzate al loro percorso a partire da come è nata l'idea di intraprendere la carriera psichiatrica. Nel corso di questo lavoro utilizzo spesso le loro parole ma non facendo un'analisi compiuta dei percorsi professionali come, ad esempio, la differente “impronta” con cui un direttore forma il proprio dipartimento a partire da una formazione anche psicanalitica, oltre che psichiatrica. Altrettanto interessante sono i meccanismi seduttivi che alcuni di loro hanno utilizzato nei miei confronti e che meriterebbero un approfondimento specifico.

Ho cancellato così alcune parti del disegno e rinunciato a delinearne altre mentre iniziava ad apparire una forma.

1.2.2 La scelta dei contesti territoriali per l'etnografia

Il secondo passo della ricerca è stato quello di analizzare le interviste al fine di individuare i contesti territoriali in cui approfondire il lavoro sul campo. Le interviste, narrative/in profondità, sono state condotte utilizzando, come già descritto sopra, una traccia che permettesse di rac-cogliere le rappresentazioni dell'intervistato circa la sua esperienza personale e professionale con il disagio psichico, la dimensione dell'organizzazione del Servizio e le connessioni con gli altri attori del territorio, evidenziandone le criticità e le questioni aperte.

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

un dipartimento di Azienda ULSS con bacino di popolazione tra 300.000 e 450.000	cittàX
due dipartimenti di Aziende ULSS con bacino di popolazione tra inf. a 200.000	cittàW e cittàY

Descrivo ora nel dettaglio le caratteristiche che di questi DSM mi hanno maggiormente incuriosita e apparivano significative rispetto al mio obiettivo di

indagare le dinamiche comunicative tra attori sociali nei confini delle organizzazioni per la salute mentale.

CittàY

CittàX è una grande città veneta, importante da molti punti di vista, politici e culturali. Il suo territorio è molto ampio e suddiviso in due territori geo-sociali differenti. L'azienda ULSS e quindi il DSM è però unico per entrambe e suddiviso in tre distretti. Questa organizzazione fa sì che nei diversi servizi abitino diverse culture professionali che hanno storie differenti rispetto al manicomio e oggi operano in contesti molto differenti in termini di caratteristiche della comunità e dei modi di vivere la città (lo spazio pubblico in primo luogo). Lo stesso Dipartimento organizza le attività diversamente a seconda del contesto. Questa complessità mi dava la possibilità di osservare in una medesima realtà, stabilità e cambiamento rispetto all'organizzazione dei servizi che coinvolgeva diversamente i due territori. Un'altra caratteristica interessante era la centralità dell'area riabilitativa prospettata dal direttore, e della contestuale centralità della figura infermieristica in esse. Inoltre, a differenza degli altri direttori, quello di cittàX dichiarava l'esiguità delle collaborazioni dei servizi con cooperative sociali. Oltre agli aspetti più tecnici dell'organizzazione dei servizi, durante l'intervista il direttore mi racconta molto del suo percorso nella psichiatria, della sua esperienza a Gorizia e poi a Trieste e del suo tentativo di realizzarla anche in Veneto dove esiste un modello differente:

la mia natura professionale è doppia: come psichiatra... c'è il rapporto con il paziente ma c'è anche il fortissimo lavoro rispetto al servizio, che non è il modello veneto molto trascurato dai miei colleghi... la fine cura, il luogo il reparto l'ambulatorio... quando vedrà questo servizio si accorgerà che è molto diverso dal modello veneto, non è l'ambulatorio... ci sono i pazienti, le porte sono aperte, non c'è il clima del medico [...] il modello veneto è più di attesa, il reparto l'ambulatorio il privato sociale... noi abbiamo pochissimo privato sociale... non se ne sente il bisogno... (direttore cittàX)

Inoltre la nascita della prima associazione in Veneto costituita da utenti o ex utenti dei servizi e un'esperienza di coabitazione tra un centro giovanile e un servizio del DSM mi hanno convinta della necessità di conoscere meglio questa realtà.

CittàY

Pur essendo più piccola di cittàX è ugualmente strutturata in due territori geo-sociali differenti e il DSM è suddiviso in tre distretti. È una città di dimensioni medie rispetto al contesto regionale, con una percentuale di stranieri iscritti all'anagrafe sanitaria (al 2005) sopra la media regionale (la provincia di appartenenza di questo

Dipartimento risulta essere quella con maggiore stabilità e inserimento lavorativo degli stranieri al 2004). Il direttore, durante l'intervista, pone particolare accento sulla variegata composizione delle equipe del suo DSM, sia in termini di competenze professionali che generazionali con le quali afferma di condividere il valore della condivisione nella gestione del lavoro e nell'esperienza personale. Dichiara inoltre buoni risultati in termini di quantità di inserimenti lavorativi realizzati anche grazie alla importante presenza di cooperative sociali nella (co)gestione dei servizi. L'esperienza di questo direttore è tutta veneta, dall'università ai primi impieghi, e ha avuto esperienze nella gestione di servizi complessi – è stato direttore dei servizi sociali di una ulss – quindi la sua carriera ha qualcosa di particolare rispetto alla maggior parte dei colleghi. Originale e interessante mi è apparsa la sua visione del lavoro di equipe che raccontava non dimenticando mai gli aspetti emotivi del lavoro di cura, e poi la visione del paziente dalle note paternalistiche.

Questa è la grande mission del Dipartimento di salute mentale: offrire destini personalizzati a persone che invece avrebbero un destino collegato al percorso biologico della malattia... perché adesso sappiamo che la malattia psichiatrica anche una componente biologica che può essere modificata, che può essere condotta su altre vie rispetto a quelle che avrebbe se invece ci fosse un abbandono del paziente... una delle cose che sono emerse recentemente dagli studi in ambito delle neuroscienze è che pazienti abbandonati in una situazione di non presa in carico né farmacologica né riabilitativa sviluppano dei processi dipsicosi... il paziente che ha per esempio ripetute crisi di tipo psicotico, e che non viene ricoverato, non viene trattato con farmaci, non viene seguito con i percorsi riabilitativi che noi proponiamo nel nostro centro diurno -che prende in carico pazienti molto gravi- hanno dei fenomeni a livello cerebrale di tossicità... per cui quello che vedevamo nell'ospedale psichiatrico, persone completamente abbandonate, forse lo vediamo anche adesso in alcuni pazienti che non sono seguiti... ecco... per cui una delle cose che i pazienti ci dicono " per quanto tempo dovrò prendere le medicine? Quali sono le medicine che possono farmi del male?" Noi sappiamo che la medicina è un veicolo che noi dobbiamo condurre, che è importante, che non è tutto ovviamente, ma che fa parte di un processo di presa in carico della persona... (direttore cittàY)

Inserendosi appieno nel "modello veneto" di cui parlava il direttore di cittàX, cittàY poteva essere un buon contesto per mettere a confronto le pratiche a partire da presupposti divergenti come quelli espressi dai due direttori. Questa visione poi del dipartimento come il soggetto istituzionale che "offre destini personalizzati", poneva alla ricerca una importante occasione di riflessione circa la relazione tra operatori ed utenti.

CittàW

Credo che la cosa che potrebbe essere interessante ai fini della sua ricerca è il percorso, il coinvolgimento progressivo, che c'è stato nei confronti della comunità da un po' di anni a questa parte partendo anche da quelli che sono stati i presupposti teorici e organizzativi che ci ha promossi, verificando poi alcune delle realizzazioni che sono state fatte. Sarebbe utile che lei vedesse alcune cose... allora se lei è disponibile io le faccio vedere che cosa è stato concretamente realizzato in questi anni proprio per intervenire sull'assunzione di nuove responsabilità da parte della comunità e questo è il vero obiettivo che mi sono proposto. Se le racconto la mia storia... la mia è una provenienza particolare, provengo da un mondo che è quello universitario, ho svolto e continuo a svolgere attività accademica... questo è utile ma non mi è stato inutile fare una scelta mista, cioè occuparmi anche dal punto di vista concreto del servizio di salute mentale. Difatti ho preso l'incarico di direttore di questo servizio... era il 1989. e questo è un servizio come tutti gli altri, e quindi era un servizio che dispensava sostanzialmente farmaci o parole. Rispetto a quelli che erano sostanzialmente gli obiettivi di una psichiatria di comunità, continuava a rappresentare una realtà del tutto isolata. Che cos'è il punto di partenza della psichiatria di comunità? È il rifiuto della delega da parte del tecnico. Non è più esclusivamente il tecnico che deve occuparsi della salute, ma il tecnico sostiene la comunità intera attraverso gli stakeholders per realizzare la salute mentale all'interno del territorio. [...] Un elemento che abbiamo preso come punto di forza è stata l'idea della riabilitazione. Questa non l'abbiamo assunta come fatto residuale come in genere veniva prestata, come luogo di deposito in cui persone per le quali non è più possibile pensare a un percorso di terapia, vengono in qualche modo depositate. [...] Uno dei primi atti che ho fatto qui è stato di ridurre posti letto, 16 posti letto era un'enormità che finiva poi per imbrigliare tutta una serie di risorse all'interno del servizio psichiatrico di diagnosi e cura; queste sono state invece recuperate per politiche sanitarie territoriali. Il primo atto è stato quindi quello della riduzione dei posti letto ma poi il problema è stato ampliare quest'area ed è stato fatto a scapito di tutto quello che poteva rappresentare una degenza... questo non è stato indolore, ha portato momenti di... nei confronti dell'associazione [di familiari]... non è stato un percorso facile, ma complesso. Di fatto la domanda era una domanda di separazione e di esclusione. la riconversione della domanda era un altro degli obiettivi che sono stati posti e il centro diurno è diventato la formula. [...] Facendo di questa struttura un luogo di inclusione piuttosto che di separazione il nostro obiettivo è stato lavorare sulla contaminazione. Una delle ipotesi che ho sempre detto "badate, perché io qui porto il contagio" e ho contagiato la comunità, l'obiettivo è stato quello (direttore cittàW)

Ho fatto iniziare al direttore questa introduzione a cittàW perché la motivazione principale per la scelta di questo dipartimento, tra i più piccoli del Veneto, viene dalle sue parole. Tutta l'intervista ha riguardato aspetti che iniziavano a delinearsi come fondamentali per il mio lavoro, la paura della contaminazione, la centralità della riabilitazione nel percorso delle persone con disagio psichico, la domanda sociale di separazione ed esclusione. Questo contesto rappresentava quindi un'occasione imperdibile per osservare i luoghi in cui un direttore afferma di aver lavorato per "portare il contagio".

CittàW era poi un contesto interessante per le caratteristiche del territorio con poche risorse e un altro livello di disoccupazione all'interno del quale il DSM ha sviluppato elementi di originalità nell'elaborazione delle progettualità rivolte alla riabilitazione (in particolare per gli inserimenti lavorativi). Sempre dall'intervista al direttore è poi emersa una particolare attenzione al lavoro di équipe e alla trasversalità tra figure professionali nell'approccio all'utente.

CittàK e cittàJ

Ai primi tre dipartimenti sono stati poi aggiunti quelli di cittàK e cittàJ in cui però la ricerca si è svolta limitatamente ad un aspetto per ciascun dipartimento.

Il dipartimento di cittàJ l'ho inserito per gli stessi motivi per i quali era stato inserito tra le interviste a testimoni privilegiati cioè per la possibilità di un suo futuro accorpamento con il DSM di cittàW e per il fatto che il SERT – servizio per le tossicodipendenze – è inserito all'interno del DSM, situazione unica in veneto.

cittàK invece, è stata aggiunta per l'osservazione di un particolare tipo di gruppo riabilitativo, il "gruppo tempo libero" presentato dal brano etnografico nell'introduzione di questo lavoro. Tra le attività riabilitative che ho incontrato era interessante per il fatto che l'operatore era presente solo nella fase organizzativa ma poi gli utenti svolgevano l'attività in autonomia.

Mano a mano quindi che procedevo nell'avvicinarmi a questo campo di ricerca, modificavo la mia percezione di esso e si arricchivano gli spunti a mia disposizione per individuare lo specifico ambito di interesse all'interno dell'intricato svolgersi della vita delle organizzazioni per la salute mentale connesse alle comunità locali di cui fanno parte. Del disegno stanno ora emergendo i contorni.

1.2.3 L'osservazione partecipante

Il terzo passo della ricerca è stato quello di entrare all'interno dei Dipartimenti selezionati con osservazioni partecipanti delle attività riabilitative e di riflesso anche

di altri momenti della vita quotidiana dei servizi. Successivamente si sono condotte interviste ad operatori e a partecipanti alle attività osservate.

Effettuata la scelta dei contesti territoriali ho contattato i direttori dei Dipartimenti richiedendo l'autorizzazione a procedere con la ricerca. Dopo aver incontrato il coordinatore o referente del servizio sugli aspetti organizzativi delle attività riabilitative¹⁷ proposte (tipologie di attività, orari, operatori coinvolti...), ho scelto le attività che mi interessava osservare e ho quindi incontrato l'operatore di riferimento di quella specifica attività. Grazie a questi colloqui è emersa la differente visione del ruolo della riabilitazione nei diversi DSM: in alcuni essa è trasversale alle pratiche del servizio per cui, ad esempio, non c'è in organico, un "referente alla riabilitazione mentre altri DSM sono organizzati avendo una "linea riabilitativa" e un "responsabile alla riabilitazione". Il primo caso è quello di cittàJ, cittàY e cittàX, il secondo di cittàW e cittàK.

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

attività aperte alla partecipazione degli esterni:

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

attività semi-aperte alla partecipazione degli utenti:

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

attività chiuse alla partecipazione degli esterni:

iniziative che coinvolgono unicamente l'utenza della struttura che le organizza. In questo caso la persona esterna, non in carico ai servizi, è esclusivamente la

¹⁷ Attraverso questi incontri è una ulteriore differenziazione tra DSM, tra quelli in cui è "previsto" un referente alla riabilitazione e quelli invece in cui referenti sono considerati tutti gli operatori che lavorano "nel territorio", è stato inoltre un'occasione per raccogliere elementi sulle dinamiche comunicative all'interno dei DSM.

persona che “conduce” l’attività, il “maestro d’arte” volontario o incaricato dal servizio che quindi partecipa all’attività in qualità di esperto di un’arte (pittura, falegnameria, poesia...).

Nella scelta tra le attività da osservare ho privilegiato le attività aperte, scegliendo le altre tipologie dove queste non fossero presenti. Nel corso del lavoro questa suddivisione tra le attività riabilitative mi è stata utile per chiarirmi e chiarire le differenze tra le varie attività. Mi sono però resa conto che le parole aperte/chiuso male si accordavano alla mia intenzione di mettere in evidenza le diverse pratiche riabilitative che potevano avere dinamiche di apertura e/o di chiusura indipendentemente dalla apertura e chiusura nell’accesso alle attività. Così questa suddivisione rimane uno strumento per mettere ordine tra le attività riabilitative in questo capitolo dedicato alla metodologia. Per il resto del lavoro farò riferimento unicamente alle “attività riabilitative aperte” ad indicare quelle tra i cui partecipanti ci sono gli esterni.

Le attività dei servizi osservate durante la ricerca sono state le seguenti:

	cittàX	cittàY	cittàW	cittàJ	cittàK
Aperte	gruppo A.M.A. ¹⁸ , pallavolo, gruppo teatro	gruppo attività motoria, festa centro diurno	pallavolo		festa comunità alloggio
Semi-aperte			torneo nazionale ANPIS ¹⁹	empowerment	gruppo tempo libero
Chiuse	cucito, pittura			cineforum	

Strutture coinvolte	n.2 CSM, n.2 CD, n.1 CSM-CD	n.2 CSM, n.2 CD	n.1 CSM, n.1 CD	n.1 CSM-CD	n.1 comunità alloggio
----------------------------	-----------------------------	-----------------	-----------------	------------	-----------------------

¹⁸ L’acronimo A.M.A. sta per auto-mutuo-aiuto. L’OMS (Organizzazione Mondiale Sanità) lo definisce come l’insieme di tutte le misure adottate da figure non professioniste per promuovere, mantenere o recuperare la salute, intesa come completo benessere fisico, psicologico e sociale di una determinata comunità. Il gruppo AMA è, pertanto, considerato come uno degli strumenti di maggiore interesse per ridare ai cittadini responsabilità e protagonismo, per umanizzare l’assistenza socio-sanitaria, per migliorare il benessere della comunità. All’interno dei DSM si tratta per lo più di gruppi al cui interno è sempre presente un facilitatore-operatore.

¹⁹ L’ANPIS, associazione nazionale di polisportive per l’integrazione sociale organizza ogni anno un torneo nazionale in una località italiana al mare che diventa l’occasione per una settimana di vacanza e sport tra polisportive costituite da cooperative sociali e/o DSM a cui partecipano persone con disagio psichico.

Come già introdotto, il territorio di riferimento di ciascun DSM è suddiviso in distretti nei quali si riproduce la stessa articolazione di servizi: un centro di salute mentale che funge da coordinamento tra il servizio psichiatrico diagnosi e cura sito nell'ospedale generale e le strutture territoriali quali centri diurni, day hospital, comunità alloggio e appartamenti protetti. I DSM di cittàJ e cittàW sono divisi in due distretti (e io ho svolto osservazioni in uno dei due per entrambi i DSM, come si nota dalla tabella) mentre i restanti sono suddivisi in tre distretti.

Nel capitolo tre – le attività riabilitative – descrivo nel dettaglio in cosa consistono le principali attività e ho osservato e sulle quali mi soffermerò nell'analisi dei capitoli successivi.

Durante le osservazioni delle attività o nel periodo delle interviste, mi è capitato di essere presente ad alcune riunioni di equipe e, a cittàW ad un corso di formazione per operatori, poi a merende, e pranzi al centro diurno o cene. A cittàW la struttura coinvolta era una comunità alloggio perché il gruppo “tempo libero” si svolgeva al sabato (giorno di chiusura del CD) e si rivolgeva agli utenti delle comunità alloggio, appartamenti protetti e centri diurni e di inserimento lavorativo di quello specifico distretto.

Durante il periodo di osservazione mi sono chiesta spesso quale fosse il mio ruolo, trovandomi ad essere spesso una delle esterne, o l'esterna, delle attività riabilitative. È successo soprattutto durante le osservazioni a cittàK con il gruppo “tempo libero” in cui l'assenza dell'operatore mi poneva in modo più diretto di fronte a questo interrogativo. Con la presenza degli operatori il mio modo di relazionarmi con gli utenti era differente e solo la loro occasionale assenza mi ha permesso di accorgermi in che modo: “prima non ero preparato a vederlo” come afferma Becker (1998, p. 113) a proposito del fatto che ci facciamo intrappolare dalle categorie convenzionali che diventano le lenti attraverso cui osserviamo il campo di ricerca. La diretta conseguenza di questo “accorgersi” è stato riflettere sul tema delle dinamiche di interazione fra il ricercatore e i soggetti nel campo:

attore fra gli attori, il ricercatore riflessivo dovrà assumere consapevolezza delle sue inevitabili interferenze con i giochi degli attori nei campi indagati; è la conferma [...] del viaggio [metafora della ricerca] come un processo indiziario in continua trasformazione, stavolta allargato non solo alle tracce, ai contenuti, ma alle modalità con cui il percorso si dipana. (Ferrari, 2010, p. 27)

Come affermano inoltre Schwartz e Jacobs (1979)

Il grosso vantaggio, in situazioni come questa, è che ci si trova nella posizione di affrontare innumerevoli aspetti, problemi e rompicapo, laddove gli altri, nello stesso posto, difficilmente riescono a vedere qualcosa degno di nota e neppure sanno parlarne. (id., p. 275)

Ho potuto riflettere sui ruoli che interpretavo, quello di ricercatrice come quello di esterna, e osservare come a volte mi sembrassero in contraddizione. Come durante la mia prima uscita con il “gruppo tempo libero”:

[il gruppo inizia in comunità alloggio, seduti in cerchio Giorgia, l'operatrice, coordina. Mi presenta e io spiego brevemente la ricerca. Poi lei propone un'attività per il pomeriggio e dopo alcune discussioni il gruppo accetta la proposta. Si andrà in centro città ad una manifestazione dedicata al cioccolato per raccogliere fondi per l'ospedale cittadino]. Usciamo dalla comunità in fila indiana. Fabio e Claudio parlano tra di loro, Cristian è il primo della fila mentre Gianluca ci segue con la sua gamba zoppicante. Lungo la strada parlo un po' con Claudio, poi con Fabio che mi chiede se dormo in questa comunità o in un'altra di cui mi dice il nome e che io conosco. Lui c'era quando mi sono presentata prima ma ogni tanto si appisolava. Non ho capito se pensava che fossi una nuova utente o se voleva capire che operatrice ero. Io comunque gli ho risposto che vivevo per conto mio. Voglio provare a vedere se riesco a capire come mi considera. L'autobus arriva quasi subito e saliamo. Dentro io obliero il biglietto, gli altri hanno l'abbonamento, tranne Gianluca che ha un biglietto molto sgualcito che non riesce a far funzionare. Prova varie volte, alcuni passeggeri lo guardano con insistenza. Vorrei dargli una mano ma mi trattengo, aspetto che si arrangi perché vicino a noi c'è Claudio che non interviene e io seguo la sua modalità. Ad un cento punto Gianluca cerca un altro biglietto in tasca che invece funziona e io mi rilasso. Credo anche lui. Arrivati alla nostra fermata scendiamo, capitanati da Claudio che annuncia agli altri dove andare. Arrivati in prossimità dell'ingresso della manifestazione Claudio si ferma e accanto a lui tutti noi. Restiamo lì così, in silenzio, sguardo fisso all'ingresso per alcuni secondi, forse un minuto che a me sembrano almeno cinque. La gente accanto a noi non sembra accorgersi di niente e dire che la piazza è molto affollata. Ad un cento punto Claudio si gira verso di me e Cristiano e dice “andiamo?”, io rimango impassibile, Marco fa un passo in avanti e tutti lo seguiamo. (dal diario etnografico, 21 febbraio 2009)

In questa occasione, come in altre, mi sono ricordata del mio ruolo di ricercatrice che per me significava esserci senza metterci dell'iniziativa: se quello che mi interessava era osservare come questo gruppo si muoveva in autonomia, dovevo cercare di alterare il meno possibile questa autonomia, declinando gli inviti ad essere propositiva come ha tentato di fare Claudio. Certo, quando si è trattato di negare un sostegno a Gianluca con il biglietto ho fatto fatica, ma in fondo non era una situazione tanto difficile da gestire. Ho avuto modo però di cogliere una dimensione che, probabilmente, appartiene a molti operatori e cioè quella di sostituirsi spesso agli utenti, di essere – eccessivamente – propositivi come infatti Giorgia mi disse prima di questa uscita:

sarai da sola con loro e ti ricordo che lo scopo di questo gruppo è che loro siano in autonomia quindi... vedi tu... io per esempio tendo ad essere propositiva quando sono con loro... (Martina, educatrice cittàK)

È stata un'opportunità preziosa, come sempre lo sono gli inciampi e le brutte figure (Sclavi, 2000).

1.2.4 Le interviste narrative dialogiche

Dopo le osservazioni ho realizzato alcune interviste ai partecipanti alle attività osservate, utenti ed esterni più alcuni colloqui informali con gli operatori.

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

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

Le interviste condotte hanno coinvolto:

- 8 responsabili di centri diurni o CSM con attività riabilitative (svolte prima, durante o dopo le osservazioni a seconda della disponibilità dell'intervistato);
- 8 operatori dei servizi;
- 23 partecipanti alle attività riabilitative:
 - 19 utenti
 - 4 "esterni"

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

Tutte le interviste si sono svolte in una stanza del centro diurno a cui l'attività riabilitativa faceva riferimento. I partecipanti esterni li ho invece intervistati al di fuori, chi nella propria casa chi sul luogo di lavoro. Ho sempre registrato le interviste dicendo che il registratore era fondamentale per il mio lavoro e precisando che il materiale raccolto sarebbe rimasto a me e divulgato in forma anonima. Alcuni degli

intervistati (sette utenti e due esterni) non li avevo incontrati prima a causa dell'impossibilità di seguire l'attività perché già conclusa (è stato il caso dei gruppi teatrali di cittàX e di cittàY).

Non era la prima volta²⁰ che intervistavo utenti dei DSM e come precedentemente, gli operatori hanno fatto da mediatori proponendo loro l'intervista e chiedendo la loro adesione. Non ho mai avuto la sensazione che venissero all'incontro contro voglia, alcuni però mi hanno specificato di aver accettato per il rapporto di fiducia che hanno con l'operatore che ha svolto il ruolo di gatekeeper aprendomi la possibilità dell'intervista. Ho presentato questa intervista, sia all'operatore-mediatore che agli utenti, come centrata sull'esperienza di una particolare attività riabilitativa da loro praticata. Il patto comunicativo che dichiaravo era quindi centrato sulla loro specifica esperienza con la pallavolo piuttosto che con il gruppo di teatro...

Questa scelta ha determinato un doppio vantaggio: essendo invitati a raccontare l'esperienza di una attività riabilitativa specifica e non della loro intera esperienza come utenti del servizio per la salute mentale, gli utenti si sono trovati più sereni e rassicurati sul fatto che non si trattasse di un colloquio terapeutico. Così è stato per Claudio, componente della squadra di pallavolo di un centro diurno di cittàX che, appena entriamo in una stanza del CD per l'intervista esordisce con questa precisazione:

no perché io non sono uno di quelli che qui ha delle patologie...
cioè, l'ho detto anche a Paolo [l'operatore-allenatore] che se le
interessava parlare con uno che ha dei gravi problemi... io non
vado bene allora... (Claudio, utenti centro diurno cittàX)

Rassicurato sul fatto che ciò che mi interessava erano i racconti dei protagonisti dell'attività di pallavolo e in particolare delle persone che avevano fatto l'esperienza di quella "aperta", si è seduto annuendo. È stato molto generoso pur rimanendo un po' teso.

Da parte di molti utenti è emersa inoltre una sorta di orgoglio verso la loro partecipazione a queste attività che mi ha offerto l'opportunità di riflettere sull'interazione tra la scelta del tema dell'intervista e il tipo di riconoscimento che evocavo. È stato come se mettessi in rilievo il loro self di pallavolisti piuttosto che di attori teatrali o di membri attivi di un gruppo a.m.a. e dimostrassi quindi interesse per questo loro modo di essere utenti dei servizi che è quello che ha più a che fare con la vita quotidiana. Questa scelta non ha comunque impedito che alcuni mi raccontassero spontaneamente un pezzo della loro storia di sofferenza nelle fasi più acute, come ci sono state anche occasioni in cui ho tentato di chiederlo io e non ho

²⁰ Che è stata invece in occasione della ricerca svolta per la mia tesi di laurea per la quale ho intervistato, a seguito di osservazioni partecipanti, utenti di un servizio psichiatrico diagnosi e cura e di una comunità alloggio nel padovano.

ricevuto risposta. E qui mi accorgo dello svantaggio di questa scelta. A conferma quindi dell'importanza del patto comunicativo che contribuisce a creare una forma specifica all'interazione, in cui ci si può accomodare predisponendosi al racconto ma che può anche fungere da strumento per la delimitazione delle tematiche dell'intervista. Naturalmente ci tratta di una danza dialogica (La Mendola, 2009) per la quale è necessario "accordarsi" e "ciò che conta è l'intento o, se si preferisce, la disposizione d'animo" con cui incontriamo l'altro per ascoltare i suoi racconti.

1.3 Specificità metodologiche

In questo paragrafo presento alcuni "segni particolari" di questa ricerca che contribuiscono a caratterizzarla e, allo stesso tempo, a chiarire fin da subito alcune questioni metodologiche. Una prima riflessione riguarda il rapporto che ho avuto con i gatekeepers, i guardiani del "chi c'è e che cosa può udire e vedere" (Schwartz, Jacobs, 1979, p. 86), con i quali è indispensabile mettersi in relazione per avere accesso al campo. Una seconda questione riguarda l'utilizzo di categorie per "nominare" i soggetti della ricerca che, pur riconoscendone l'indispensabilità, ne sento le forzature e il pericolo di non rendere conto della complessità. L'ultimo aspetto riguarda la vera specificità di questa ricerca cioè l'utilizzo dei "deliri" come materiale per l'analisi sociologica.

1.3.1 La relazione con i gatekeepers. Una "batteria sociale"

Il mio accesso alle attività riabilitative è stato sgombro da inconveniente dovuti alle resistenze dei gatekeepers. Ho trovato ovunque una buona disponibilità ad accettarmi all'interno delle attività e sono stata invitata, a volte, a partecipare anche a momenti conviviali o a altre attività organizzate dai centri diurni come riunioni, incontri formativi e feste. Ho trovato ambienti più o meno calorosi, anche all'interno dello stesso DSM, responsabili più e meno disponibili, operatori, chi più chi meno, abituati al ruolo di accompagnatore tra le pratiche dell'organizzazione.

Una precisazione mi sento di fare rispetto al mio modo di porsi nel campo di ricerca. Ho sempre cercato di non assumere modalità aggressive, supponenti e distaccate e mi sono sempre trovata di fronte a persone – direttori di DSM, responsabili di servizi... - che, se anche palesemente non volentieri, mi aprivano le porte del loro "mondo". Questo lo ritengo un vantaggio importante per la costruzione del legame di fiducia che sempre è necessario per procedere la ricerca. Sicuramente dimostrare interesse e attenzione verso il loro lavoro mi ha aiutato ad essere ben accolta. Nello specifico di questa ricerca poi, il tutto è stato facilitato dal fatto che la

mia presenza non fosse quotidiana: dopo le interviste a direttori e responsabili in ciascun centro diurno ho svolto solo alcune giornate di osservazione (da un minimo di due ad un massimo di cinque) oltre alle eventuali uscite per tornei, rappresentazioni teatrali... e ai momenti in cui sono tornata per le interviste. Si è trattato quindi di una frequentazione limitata nel tempo e ad una porzione specifica delle attività dei DSM. Questa organizzazione del lavoro sul campo ha richiesto molte “energie” per tentare di costruire relazioni di fiducia in pochi incontri ma per molti contesti. In alcune situazioni queste energie hanno collaborato alla costruzione di un rituale collettivo come Durkheim (1912) lo descrive, in cui, accomunati dal medesimo focus attento verso la pratica riabilitativa, abbiamo fatto parte di una “batteria sociale” (Collins, 1988) che produceva energia necessaria a tenere vivi i legami relazionali. La sensazione di essere a contatto con qualcosa di “sacro” l’ho avuta, in particolare, durante il torneo nazionale ANPIS che per i gruppi dei DSM coincideva anche con il soggiorno estivo. In quella situazione particolare, che univa un clima di festa e rilassatezza, ho partecipato all’effervescenza collettiva attorno alla sacralizzazione dello sport come pratica riabilitativa e di integrazione sociale (con tutte le problematiche che il termine integrazione suscita in questi ambienti, come vedremo nei prossimi capitoli). Il gruppo veneto con il quale ho condiviso questa esperienza è stato quello di cittàW con cui è rimasta traccia della “sincronizzazione ritmica” (Collins, 1988, Sterchele, 2007) sperimentata in quella occasione e che ha alimentato i nostri incontri successivi.

1.3.2 Dare vita a categorie. “Io sono Caterina e basta!”

Una delle azioni di elaborazione del materiale raccolto porta alla costruzione di categorie con l’intenzione di renderlo “ordinato”. Rintracciate alcune caratteristiche comuni diamo un nome a questo gruppo di persone che poi rimane come riferimento per l’intero lavoro. Rispecchia il meccanismo sociale di cui abbiamo parlato nella premessa e che viene ripreso o sovvertito durante le analisi scientifiche. Tra le categorie che io ho utilizzato ci sono innanzitutto quelle di operatori e utenti. Ho scelto di utilizzare queste diciture, che fanno riferimento alla terminologia organizzativa, perché ho pensato fosse il modo più semplice e coerente. Solo quando necessario specifico la formazione dell’operatore di cui sto parlando (psichiatra, psicologo, educatore, assistente sociale, operatore socio assistenziale), mai invece parlo delle diagnosi degli utenti. Per il mio interesse in questo lavoro, quelli che ho chiamato utenti erano coloro i quali usufruivano dei servizi delle organizzazioni per la salute mentale. A volte specifico se frequentano solo il centro diurno o vivono anche in una comunità alloggio. Degli utenti che ho incontrato non sono a conoscenza della diagnosi loro attribuita, né della loro storia personale e clinica ad eccezione di alcune informazioni che ho avuto dagli operatori o che loro stessi mi

hanno raccontato durante delle conversazioni informali o nell'intervista. Essendomi stati segnalati dagli operatori (solitamente infermieri ed educatori, quindi quelli più direttamente a contatto con loro) come persone che potevano sostenere un'intervista e quindi in grado di avere una conversazione con me in merito alla loro esperienza nelle attività del centro diurno, ho la possibilità di affermare che si tratta di persone che si trovano in una situazione considerata dai Servizi discreta, se non buona. Ho cercato, il più possibile, di mantenere attenzione ai soggetti piuttosto che alle categorie che utilizzo per "fare ordine" e per questo uso i nomi propri (non quelli reali) quando introduco i brani di intervista o all'interno del diario etnografico. Una sorta di parere positivo rispetto a questa scelta l'ho avuta nel febbraio 2010 quando mi trovo a Trieste per un convegno²¹. Durante un workshop dal titolo *Inclusione sociale e/o maggioranza deviante. Come garantire inclusione sociale, cura e diritti dei soggetti vulnerabili?* prende la parola una donna di bassa statura, un cappello in lana in testa nonostante il clima tropicale della sala affollata. Ha appena terminato il suo intervento la rappresentante di una associazione di Belgrado che si occupa di vittime della tortura che, nel definire gli utenti dell'associazione usa il termine "clienti". La donna che prende la parola l'avevo già notata all'ingresso della sala che parlottava tra sé girando per i luoghi con molta disinvoltura e durante le presentazioni commentava ad alta voce gli interventi. Si alza in piedi e ringrazia calorosamente la relatrice che ha appena concluso dicendo:

"ne ho le balle piene di essere paziente o utente, io sono cliente, e la signora è stata la prima che ha usato questa parola... che poi, sono solo parole, io sono Caterina e basta! Però..." (dal diario etnografico del 10 febbraio, Trieste).

Le sue parole mi hanno ricordato, ancora una volta, l'importanza di chiedersi quale senso si attribuisce alle parole: quale a utente, paziente e quale a cliente? Ciascuna evoca aspetti differenti che sono messi in rilievo da questa unica parola. Sintetizzando possiamo dire che paziente evoca la malattia, utente la posizione di fruitore, cliente quella della scelta di un servizio. Il nome proprio, invece, evoca una persona nella sua complessità e per quanto possibile ho cercato di utilizzarlo.

1.4 Utilizzare i "deliri" come rappresentazioni

Durante la ricerca mi è capitato un episodio grazie al quale ho potuto pormi delle domande rispetto a ciò che viene definito "delirio". Intervistando Paride e

²¹ "Che cos'è "salute mentale"? Incontro internazionale" 9-13 febbraio 2010, San Giovanni/Parco culturale. Il convegno si è svolto all'interno dei luoghi che furono del manicomio triestino e ora di alcuni servizi del dipartimento di salute mentale. www.trieste2010.net

successivamente Andrea, utenti di cittàY, mi ero convinta che le interviste fossero inutilizzabili: non avevano mai risposto alle mie domande, saltavano da un discorso all'altro continuando a dire cose anche in contraddizione tra loro. Nel continuare l'intervista, aspettando e ascoltando, mi dicevo che non avrei potuto utilizzare quel materiale, che mi sarebbe servita una conoscenza della storia di Paride e Andrea per poter capire il significato di quello che mi dicevano. Mi era sorta una certa preoccupazione così ho tentato varie volte di riportarli alla traccia di intervista ma niente. Fortunatamente sono riuscita a

Mi è capitato poi di parlare con alcuni colleghi etnografi del fatto che, durante la ricerca, mi era capitato che alcune degli utenti mi raccontassero i loro deliri durante le interviste. Uno di loro mi chiede cosa me ne facevo di questi deliri, come riuscivo ad utilizzarli. Mi sono trovata a dire l'unica cosa di cui ero consapevole in quel momento e cioè che attraverso quei racconti "fuori tema" mi stavano dicendo qualcosa, stavano raccontandomi di loro, in un certo modo. Dicendolo mi sono accorta di averle in realtà scartate a priori senza nemmeno sbobinarle se non parzialmente e così, da quel momento, ho ripreso in mano queste due interviste, le ho sbobinate e ho iniziato a leggerle guardandole davvero. È stato faticoso: avevo davvero allontanato da me queste interviste catalogandole come "deliri=inutilizzabili" come si fa con le registrazioni troppo disturbate. Proprio applicando la *labelling theory*. È stato così che ho ripensato a queste interviste chiedendomi se con gli strumenti della sociologia avrei potuto ri-ascoltarle in modo diverso. Nel capitolo cinque le utilizzo per mostrare la declinazione, presente nelle organizzazioni per la salute mentale, del meccanismo sociale di implicita richiesta di adeguamento alla "maschera".

2. Riferimenti teorici nell'attraversare

Studiando le relazioni con il disagio psichico all'interno di organizzazioni dei Servizi di salute mentale, i riferimenti teorici partono principalmente dalle riflessioni di Goffman. Fondamentale è il suo lavoro in *Asylums* (1961) in cui ricostruisce le dinamiche comunicative e definisce i concetti teorici di riferimento per l'analisi delle interazioni all'interno delle istituzioni totali (e non solo). Utilizza inoltre la prospettiva simmeliana dell'attenzione al soggetto e l'approccio alla complessità delle interazioni attraverso la valorizzazione delle emozioni e della metacomunicazione (Bateson 1972, Melucci 1987, Sclavi 2000). Questa prospettiva si connette con le teorie del controllo sociale di Foucault e con quelle dei teorici della devianza (Scuola di Chicago e Neo-Chicagoans). In particolare, l'impostazione "naturalistica" di Matza (1969) viene utilizzata per porre l'attenzione verso i processi intermedi attraverso cui l'individuo, e gli altri soggetti, concorrono alla costruzione dell'identità deviante del soggetto stesso.

Le basi teoriche di riferimento si inseriscono quindi, innanzitutto, all'interno del filone riconducibile a Durkheim, che individua nella dimensione rituale e simbolica delle pratiche e delle interazioni gli elementi che formano la società. Oltre alla prospettiva durkheimiana è presente la dimensione dell'agire individuale dotato di senso di Weber (1922), sviluppato poi da Schutz (1971) nelle riflessioni circa i processi attraverso cui i soggetti attribuiscono senso alla realtà circostante.

All'interno del panorama contemporaneo di riflessioni sociologiche, sono utilizzate principalmente le prospettive della sociologia della vita quotidiana (Melucci 1994, Jedlowski, Leccardi 2003) e dell'organizzazione. Guardando alle organizzazioni come soggetti che costruiscono e ricostruiscono la propria cultura, esse vengono considerate come uno dei soggetti della società che, per tanti aspetti della nostra vita, fa parte della quotidianità (Strati 1996, Mangham, Overington 1987, Weick 1995, De Leonardis 1998, Gherardi 1985, Olivetti Manoukian 1998, Czarniawska 1998). Tra i concetti utilizzati in ambito organizzativo quello di ambiguità (Kunda 1991, Varchetta 2007) che permette di porre in rilievo dimensioni che altrimenti rimarrebbero in ombra e il concetto di *enactment* (Weick 1977) grazie al quale emerge la connessione esistente tra organizzazioni e ambiente. Su quest'ultimo aspetto è utile anche la prospettiva dell'etnopsichiatria, con il suo approccio valorizzatore del contesto di vita dei soggetti (Devereux 1970, Nathan 1993, Coppo 1994, De Martino 1959, Hacking 1998).

Le ricerche empiriche esistenti nel panorama internazionale, dagli anni novanta ad oggi, sono principalmente di tipo quantitativo ed epidemiologico, realizzate da studiosi di formazione psichiatrica o psicologica (Thornicroft, Tansella 1999) anche se alcuni di questi lavori presentano aperture verso la dimensione sociale del

fenomeno del disagio psichico (Pinfold et al., 2005) interessandosi di stigma e inclusione.

L'Indiana Consortium For Mental Health Services Research rappresenta invece, nel panorama sociologico internazionale, un riferimento importante per la ricerca nel campo del disagio psichico (Pescosolido 2007), utilizzando in particolare il concetto di stigma per indagare le dinamiche sociali tra persone con disagio psichico e i social network.

Alla fine degli anni novanta il panorama delle riflessioni sul tema della salute mentale si concentra sulle possibilità, e successive modalità, di partecipazione degli utenti dei Servizi, ad esempio, al processo decisionale sul dove vivere (Hickey, Kipping 1998, Lehman et al. 2004, Cardano, Negri, Sorrentino 2007). I contributi, oltre che dagli "esperti", arrivano da persone che hanno vissuto e/o vivono il disagio psichico (Deegan 1996, Coleman, Smith 2006) e che pongono l'accento sull'esperienza della malattia, sulla recovery, oltre che sulle modalità partecipative degli utenti all'interno dei Servizi per la salute mentale.

In questo capitolo presento i principali riferimenti teorici che hanno guidato questo lavoro, non esplicitando però come li ho utilizzati nell'analisi del materiale empirico. Questo infatti sarà un lavoro continuo che percorrerà tutti i capitoli: presento il quadro teorico per consentire al lettore di comprendere l'impostazione delle mie riflessioni a partire dai classici della sociologia fino ad alcune delle ricerche più significative sul tema specifico di cui mi occupo.

2.1 Per una mappa concettuale

Io preferisco elaborare concetti attraverso un dialogo continuo con i dati empirici. Dal momento che i concetti sono modi di sintetizzare dati, è importante che essi siano adatti ai dati di cui si vuole fare una sintesi. (Becker, 1998, p. 139)

A partire dalle parole di Howard Becker introduco alcuni concetti che utilizzerò nel corso del presente lavoro. Li introduco ora proprio perché dialogheranno con i dati empirici e, facendo questo, si trasformeranno, assumeranno nuove forme. Quelli qui presentati sono parole chiavi, "concetti sensibilizzanti" (Blumer, 1969) che sono parte sia della formulazione ex ante di questa ricerca che di quella ex post: a partire da alcune definizioni, letture e riflessioni successive, sono concetti che consentono di tracciare dei fili rossi lungo tutto il lavoro. Fanno parte della formulazione ex ante nel senso che, per le mie ricerche e riflessioni precedenti, termini come *disagio* e *paura della contaminazione* erano già stati da me utilizzati e, partendo in questo nuovo viaggio, sapevo mi sarebbero stati ancora utili. Anche *ascolto* è un termine che ho tentato di utilizzare ancora, ma non lo avevo molto approfondito; le *emozioni*

fanno pienamente parte di questo lavoro e in più c'è la *piacevolezza*, un mio neologismo di ispirazione simmeliana che utilizzo per completare la mia cassetta degli attrezzi. Naturalmente lungo il percorso di ricerca, ho potuto approfondire la natura di questi attrezzi, ho potuto utilizzarli, provarli e facendolo li ho necessariamente modificati, li ho fatti interagire con le situazioni e i racconti.

In questo senso il presente è un capitolo che serve *per una mappa concettuale*: esplicitando le mie “attenzioni concettuali” che si ritroveranno nel corso di tutto il testo, fornisco alcuni spunti per rendere comprensibile attraverso quali modi, quali “occhiali” ho osservato e rappresentato il campo di ricerca.

2.1.1 Disagio

Il disagio rimanda ad un'esperienza della vita quotidiana, di scomodità, di mancanza di comodità (dis-agio). Nella vita quotidiana, infatti, abbiamo molteplici occasioni di vivere, ad esempio, situazioni imbarazzanti, di vergogna, di sperimentare il senso del pudore. Il disagio fa parte della nostra vita in relazione.

L'imbarazzo, secondo Erving Goffman, ha a che fare con la figura che facciamo di fronte a coloro che sentiamo essere presenti in quel momento (fisicamente e non). È uno stato che nella nostra società viene considerato di debolezza e inferiorità: chi vi si trova cerca di nascondere attraverso piccoli trucchi come la “risatina nervosa, lo sguardo rivolto verso il basso”, e le “persone di tatto” (Goffman, 1967) presenti cercheranno di non fra trapelare che se ne sono accorte. L'imbarazzo goffmaniano è strettamente connesso al conformismo e alla ricerca dell'evitamento delle situazioni imbarazzanti, con una componente quindi di paura di contaminazione.

Goffman definisce l'imbarazzo come un complesso atto discorsivo che comunica che siamo a conoscenza delle regole e convenzioni sociali che riguardano quella specifica situazione, che siamo consapevoli di averle violate o che sono state violate e chiediamo scusa per l'infrazione o chiediamo un atto riparatorio da parte del violatore.

Il concetto di imbarazzo è quindi fondamentale in un lavoro come questo che vuole riflettere sui meccanismi sociali che regolano la nostra vita quotidiana: il “folle” trasgredisce molte delle regole sociali, disattende le aspettative, mina la nostra stessa visione di noi stessi e della società.

Qualunque sia la causa dello stato psicologico del trasgressore – e chiaramente, a volte, essa può essere organica -, il significato sociale di questa malattia sta nel fatto che chi ce l'ha finisce per trovare in qualche maniera il modo di renderci la vita impossibile. Il significato sociologico di questo sta nel fatto che la vita sociale è organizzata in modo tale che questo possa accadere. [...] [Il folle] si rifiuta di farsi limitare dalle regole del gioco sociale che dà ordini e senso alle nostre vite. Con il suo comportamento

stravagante rinuncia al “suo” rispetto per se stesso, che è in realtà il rispetto di sé che noi gli permetteremmo di avere per se stesso come ricompensa se mantenesse un posto sociale che per lui può non rappresentare altra soddisfazione. [Il folle] rinuncia a tutto ciò che una persona può essere e rinuncia anche a tutto ciò che noi ricaviamo dai rapporti che salvaguardiamo insieme. Facendo questo, e facendolo per una qualsiasi di molte ragioni indipendenti tra loro, ci ricorda dunque che cosa sia questo nostro tutto, e che questo tutto non è poi molto. Una lezione, questa, non dissimile da quella che ci insegnano anche le altre categorie di seccatori che non sanno stare al loro posto. (Goffman, 1971, p. 322-333)

Anche Georg Simmel (1901) parlando di pudore ne ha rintracciato l’origine nell’interazione con l’altro, in cui ognuno avverte l’opposizione tra la propria soggettività momentanea, della situazione che si sta vivendo, e la norma a cui ci riferiamo. In pratica l’Io attuale, del momento, si contrappone all’intera personalità e la mortifica con la sua performance difettosa. Il quadro delineato è quello di interazioni nelle quali c’è una grossa parte di “creatività” relazionale nel modo in cui costruire l’interazione, nonostante esistano riferimenti sociali, presupposti. Simmel guarda quindi al disagio con maggiore indeterminatezza di Goffman, elevando le possibilità degli attori sociali di “dare forma” originale alla relazione inventando nuove forme:

Soltanto ciò che accade nel dominio dei contatti fisici e spirituali, della causazione reciproca di piacere e sofferenza, dei discorsi e dei silenzi, degli interessi comuni e antagonistici – soltanto questo costituisce la meravigliosa indissolubilità della società, il fluttuare della vita con cui i suoi elementi acquistano, perdono, spostano incessantemente il loro equilibrio. [...] Il fatto che l’individuo non sia per certi aspetti elemento della società costituisce la condizione positiva della possibilità di esserlo con altri aspetti del suo essere: il modo del suo essere-associato, è determinato e condeterminato dal modo del suo non-essere-associato. (Simmel, 1908, pp. 20; 32)

Nel tentativo di tenere conto della prospettiva simmeliana come di quella goffmaniana, procederemo nel racconto di esperienze “a disagio” per svelare alcuni aspetti della struttura sociale e alcuni modi in cui fluisce la vita.

2.1.2 Paura della contaminazione

Nel campo delle scienze umane e sociali la nozione di contaminazione è collegata alla riflessione sul rapporto fra simbolismo e società, in particolare sul linguaggio “simbolico” connesso al “tabù” e alle trasgressioni sociali e morali. Per tali motivi il termine viene spesso considerato equivalente a “contagio”, “sciagura”,

“impurità”. La contaminazione è il linguaggio con cui una società reagisce alla anomia o alle crisi interne, mentre il “tabù” rappresenta la forma minima di rituale destinata o a prevenire o a neutralizzare l’evento negativo. La contaminazione rituale o simbolica ha a che fare con il corpo, mezzo attraverso cui si sostanzia. I rischi e i pericoli della contaminazione passano attraverso il corpo come fosse una frontiera, baluardo all’invasore esterno. Lo dimostra la topografia della contaminazione e delle proibizioni, che ha sempre a che fare con confini, metaforici e non, tra dentro e fuori, sé e altro: nascita, morte, nome, gruppo, cibo, sangue, sesso, sensi, mondo animale e non; tutti quanti, mediati rigorosamente dal corpo.

I rituali sanciscono la forma delle relazioni sociali e, nel dare a queste relazioni una espressione visibile, mettono le persone in grado di conoscere la loro stessa società. I rituali influenzano la struttura politica attraverso il medium del corpo fisico. (Douglas, 1966, p. 196)

Ernesto De Martino (1959) definiva “apocalisse culturale” quel rischio che pone una minaccia essenziale all’identità umana. E perciò, il linguaggio della contaminazione e del tabù rimanda alla formazione del self culturale che rende conto del nucleo forte della categoria universale dell’esperienza umana del “sé” che si trova in contatto diretto con l’“altro”.

Dove non c’è differenziazione non c’è neppure contaminazione. [...] la purezza è nemica del mutamento, dell’ambiguità e del compromesso. Molti di noi si potrebbero davvero sentire più sicuri se la nostra esperienza avesse forme rigide e stabilite. [...] il paradosso finale della ricerca di purezza è che essa è un tentativo di forzare l’esperienza entro categorie logiche di non-contraddizione: ma l’esperienza non è malleabile, e chi si lascia attrarre da questo tentativo cade in contraddizione. (Douglas, 1966, pp. 244-245)

Esistono però anche correnti della storia europea più benigne verso la contaminazione, e sono gli studi letterari e la letteratura in genere. “Contaminazione”, in questo caso, significa innesto creativo e produttivo di esperienze diverse, che danno vita a identità più ricche e stratificate.

Questa ultima prospettiva vede nell’incontro fra culture un incontro fra discorsi e pratiche che entrano in un processo di comunicazione fra i soggetti creando “generi misti” di senso. Qui la contaminazione assume il ruolo di mediazione fra “identità” e “pluralismo”, al fine di dare vita a uno “scambio culturale” che superi sia la situazione statica del “mosaico delle culture” sia la fusione del puro “assimilazionismo”.

Molte correnti intellettuali attuali hanno notevolmente lavorato per far passare la contaminazione “rituale” da una connotazione negativa a una positiva, attenuando l’opposizione fra naturale e morale, naturale e culturale, organico e artefatto, in specie nelle accezioni postmoderniste ove il corpo è sempre tematizzato in termini di

frontiera fra il sé e l'altro, ma con ampia accettazione della diversità dell'altro esterno tramite le "protesi" tutte che la scienza, la comunicazione, l'arte, la pratica medica o la tecnologia hanno saputo produrre nella modernità. Tutto ciò significa che la nozione occidentale di contaminazione soffre di una interna contraddizione: nata per designare le dinamiche di recupero dei soggetti rispetto ai pericoli culturali maggiormente incombenti, svolge oggi spesso l'opposta funzione di decostruire le "identità forti" e legittimare la tendenza alla "ibridazione" sociale, culturale, artistica. E ciò genera spesso ambiguità. Per questo motivo, nel presente lavoro, il concetto di paura della contaminazione non viene utilizzato "al positivo" ma mantenuto della accezione datane dalla Douglas. Lo sforzo fatto a livello teorico è stato quello di tentare di utilizzare un nuovo termine per dire della contaminazione "positiva" che avviene tra, per quello che interessa qui, persone normali, persone non-normali e persone folli.

Il concetto di paura della contaminazione serve infatti per proteggere il sacro:

Il sacro ha bisogno di essere sempre protetto da proibizioni. Il sacro deve essere sempre trattato come trasmissibile per contatto in quanto i rapporti con esso devono obbligatoriamente essere espressi da rituali di separazione e di demarcazione e da credenze nel pericolo di attraversare confini vietati. (Douglas, 1966, p. 57)

E gli attraversamenti sono quindi vietati per poter salvaguardare la sacralità del quotidiano.

La paura della contaminazione mantiene le divisioni tra persone, tra gruppi, tra normali e devianti, pazzi e pericolosi. La paura della contaminazione che entra nell'interazione tra "normali" e "matti" mette in gioco la difesa del sé del normale dal matto. In lui, il normale, riconosce qualcosa di sé di irrazionale, ignoto e destabilizzante dal quale rifuggire, allontanarsi per non essere contaminato, contagiato. In questo senso trovo il termine contaminazione molto efficace per descrivere alcuni meccanismi che stanno alla base delle difficoltà di interazione tra le persone. Quando poi, queste persone, sono connotate ufficialmente, etichettate formalmente (Becker, 1963) la paura della contaminazione non nasce nell'interazione ma è un suo presupposto, che si manifesta nei discorsi prima ancora che nelle pratiche.

Ciò non toglie, naturalmente, che consapevolmente alcuni attori decidano di affrontare la paura della contaminazione, o meglio, conoscerla, entrarci dentro, farne esperienza. I primi a farlo, in modi molto diversi, sono gli operatori della salute mentale, altri attori che fanno parte della ricerca sono quelle persone esterne ai servizi che entrano in interazione (più o meno consapevolmente, più o meno direttamente, lo vedremo poi) con le persone con disagio psichico. E poi, io.

2.1.3 Ascolto

L'ascolto è una dimensione relazionale molto importante, in qualsiasi relazione. Naturalmente parlando di Servizi che hanno al centro del loro interesse la salute mentale, la questione diventa centrale.

Nel definire le coordinate di questo concetto che sarò poi utilizzato nei capitoli successivi, utilizzo le riflessioni di Goffman sull'interazione, le regole dell'arte di ascoltare di Sclavi (2000) e il pensiero di Bateson, alcuni spunti derivati dal lavoro di Sennett (2003) sul rispetto.

L'ascolto ha a che fare con il modo in cui costruiamo l'interazione in cui siamo coinvolti, attraverso le nostre scelte comunicative più o meno consapevoli, contribuendo a generare interazioni in cui l'ascolto ha sfumature differenti. Goffman, nei suoi numerosi lavori, pone l'accento sui meccanismi di deferenza e contegno che regolano l'interazione. Come i soggetti realizzano l'ascolto nelle loro interazioni quotidiane? Nella visione goffmaniana gli attori sociali si muovono in modo da soddisfare le aspettative sociali e quindi ancorandosi il più possibile a ciò che è previsto. In questo senso l'ascolto assume modalità predefinite che permettono di rispettare i rituali di deferenza e contegno senza "errori". L'attore goffmaniano è così impegnato in un gioco relazionale che vede le parti nel tentativo di mantenere la propria sacralità accettando il gioco dell'altro, tra l'aspettativa di deferenza e la costruzione di contegno. Il "come" si realizza questo gioco, questa interazione, diventa particolare e contestuale con una gamma di possibilità che va dal blocco dell'azione riducendosi ad una contrapposizione di posizioni, per arrivare all'azione stessa – passando per l'accettazione delle regole del gioco – con il suo potenziale trasformativo (Ferrari, 2010).

Nell'interazione avviene uno scambio a partire dall'assunzione della legittimità delle differenze tra gli attori e non solo delle omogeneità. Bachtin (1979) elabora la modalità exotopica o extralocale per esprimere il concetto che:

nell'incontro dialogico tra due culture esse non si fondono e non si confondono e ognuna conserva la propria unità e la propria aperta totalità, ma entrambe si arricchiscono reciprocamente. (id., p. 348)

Marianella Sclavi (2000) connette l'exotopia al concetto di ascolto attivo in cui non c'è né contrapposizione né il tentativo di condurre l'alterità all'interno della propria visione del mondo: c'è la consapevolezza di essere in uno spazio in cui ciascuno è parte dell'interazione con le proprie caratteristiche che vanno riconosciute, né escluse né incluse. Sclavi, riproponendo ed integrando le riflessioni batesoniane, teorizza l'ascolto attivo per indicare il "vero" ascolto, non solo l'udire suoni ma ascoltare i significati espressi consapevoli dei frame e della dimensione emotiva.

L'ascolto attivo dipende in buona misura dalla capacità di mantenere [la] fiducia che il mondo è prevedibile e conoscibile senza tuttavia essere presi dall'angoscia quando non lo è. Invece che restringere i mondi possibili, possiamo ampliarli in modo tale che in essi siano previsti anche lo sconcerto e il disorientamento, lo stupore e l'esplorazione, la resistenza e l'immaginazione, e i relativi *savoir faire*. (Sclavi, 2000, p. 98)

Nel proporre una tavola sinottica che sintetizzi le differenti caratteristiche tra ascolto "passivo" e ascolto "attivo", la Sclavi sottolinea come la più significativa la modalità di utilizzare l'imbarazzo. Mentre nell'ascolto passivo l'imbarazzo viene visto come il segnale di qualcosa che non va, di una scorrettezza dell'interazione, nell'ascolto attivo provare imbarazzo è considerato una grande occasione per "esplorare e accogliere" altri frame, non previsti. L'autrice cita, a proposito, una frase di Mary Catherine Bateson "ogni persona è calibrata dall'esperienza quasi come uno strumento di misurazione delle differenze, cosicché il disagio è fonte di informazioni, punto di partenza per nuove forme di comprensione"²². L'ascolto attivo consente di costruire la realtà anziché solo riprodurla, presuppone una pluralità di prospettive possibili da cui guardare alle situazioni anziché credere che ne esista solo una giusta. Infine considera centrali le emozioni invece che tentare di annullarle per ascoltare oggettivamente, l'ascolto attivo è attento alla forma dell'interazione che "dice" molto di più del contenuto.

Tra le sette regole dell'arte di ascoltare, due in particolare saranno utili nella lettura del tema dell'ascolto nelle prossime pagine:

2. quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Per riuscire a vedere il tuo punto di vista, devi cambiare punto di vista.
3. se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva.

Queste in particolari ci permetteranno di utilizzare il concetto di ascolto nelle pratiche organizzative della salute mentale, dove vedremo pratiche di interazione tra operatori e utenti codificate dalle routine, sorde quindi nell'ascoltare fuori dalle cornici di cui si è parte.

Il pensiero di Sennett su rispetto e riconoscimento, mi sembra sia perfettamente in sintonia con il concetto di ascolto. Sennett, nell'individuare i tre codici moderni del rispetto (realizza te stesso; prenditi cura di te; aiuta gli altri), afferma che essi sono offuscati da disparità e incongruenze sociali.

²² Citazione contenuta a p. 144 e riferita all'opera *Peripheral visions, learning along the way* di Mary Catherine Bateson del 1994, nata a partire da una ricerca a Manila del 1967.

L'offuscamento può essere dissipato, almeno in parte, onorando i risultati sociali diversi anziché privilegiando i talenti potenziali; ammettendo la legittimità della dipendenza adulta; consentendo alle persone di partecipare più attivamente alle condizioni della loro stessa protezione sociale. (id., p. 255)

Sennett parte dal presupposto che esistono persone deboli, destinati a rimanere tali per loro caratteristiche e scelte di vita ma soprattutto per le condizioni della struttura sociale in cui vivono. La sua riflessione coinvolge in modo sostanziale il concetto di dipendenza nel tentativo di riequilibrarne l'usuale accezione svilente e negativa nell'ambito pubblico. Per fare questo utilizza anche il concetto di *amae*, termine giapponese utilizzato dallo psichiatra Takeo Doi per paragonare il concetto di dipendenza giapponese a quello utilizzato nelle società occidentali. Sennett presenta un'immagine positiva della dipendenza come "necessità di aiuto" (p. 118). La Mendola (2002) propone di tradurre *amae* con "protezione", "ricerca o accettazione di protezione" (p. 96). Per entrambi gli autori la dipendenza assume significato all'interno di interazioni non solo private (la più emblematica è quella tra madre e figlio o figlia) ma anche pubbliche in accordo con Sennett, che si concentra sulle politiche del welfare che "stigmatizzano il bisogno" esaltando l'autosufficienza.

Pur essendo così essenziale in amore, amicizia e parentela, il bisogno degli altri viene rimosso dalla convinzione che la dipendenza sia umiliante. (Sennett, 2003, p. 108)

Nei riguardi della de-istituzionalizzazione l'autore afferma che "uscire dall'orrore manicomiale" ha significato che "il numero di persone letteralmente in stato di totale abbandono" crebbe, e gli operatori sociali dovettero "reinventare, per così dire, il meccanismo burocratico" realizzando quindi una neo-istituzionalizzazione, in un contesto sociale in cui le comunità locali erano impreparate. Perché, appunto, non è in questione l'opportunità e meno di istituzioni dedicate alla cura/accoglienza di alcune persone, quanto come questa cura/accoglienza si realizza, se e con quale tipo di ascolto.

L'ascolto, per come lo intenderemo in queste pagine, riguarda sì le interazioni faccia a faccia ma guarda anche ai riflessi che ciò che accade a livello micro ha sul contesto meso organizzativo e su quello macro sociale. Generare interazioni, a livello di pratiche organizzative, caratterizzate da un ascolto attivo significa darsi la possibilità di ampliare le possibilità di "fare" salute mentale utilizzando il potenziale trasformativo, significa dare vita ad un riconoscimento reale agli utenti, delle capacità, esigenze, desideri, livelli di autonomia e necessità di dipendenza. Altrimenti, l'ascolto di tipo passivo, restringe il campo del possibile, predefinendo istituzionalmente – e rispettando queste prefigurazioni – le modalità per riconoscere

l'altro. Rispetto e riconoscimento sono quindi condizionati dal grado di adeguatezza sociale questo diventa un vincolo.

2.1.4 Emozioni

L'emozione... è il senso più prezioso che abbiamo. L'emozione è parte della nostra natura senziente. (Hochschild, 1990, p. 162)

Gregory Bateson scrive:

oggi possediamo due linguaggi scientifici per discutere delle emozioni²³ e, inoltre, questi due linguaggi si possono tradurre l'uno nell'altro. (1963, p. 212)

Il primo descrive "l'aspetto" dell'emozione, la manifestazione dell'emozione, il secondo invece descrive la relazione tra persone in cui si manifesta l'emozione: una "relazione circolare tra organismi che apprendono". In queste pagine parleremo di emozioni in senso analogico, mettendo a fuoco la relazione e lasciando i termini (le espressioni delle emozioni) sullo sfondo: questo significa che "le emozioni sono strumenti conoscitivi fondamentali se sai comprendere il loro linguaggio. Non ti informano su cosa vedi, ma su come guardi. Il loro codice è relazionale e analogico (Sclavi, 2000, p. 249).

Gabriella Turnaturi (1995) ripercorre la nascita e lo sviluppo della sociologia delle emozioni a partire dalle "tracce" lasciate da autori come Durkheim, Simmel, Mead, Goffman ed Elias. Preludendo riflessioni più compiute sulla relazione tra emozioni e struttura sociale, le emozioni iniziano ad incrinare il modello di un attore unicamente razionale. Gli autori "classici" vedono nelle emozioni "agenti" per la coesione sociale e organizzativa, strettamente connesse con i processi relazionali. Ciò significa che le emozioni "appartengono" alla società che le costruisce socialmente, le emozioni e la loro espressione. Possiamo quindi affermare che le relazioni tra gli attori di un determinato gruppo sociale attivano le emozioni di cui poi vengono prescritte le regole condivise sulla loro accettabilità sociale e le modalità per la loro espressione. Rimane però difficile ipotizzare una completa costruzione sociale delle emozioni: ci si è interrogati sull'esistenza di emozioni "primarie" a partire dalla connessione che le emozioni hanno con il corpo, "il lato

²³ Marianella Sclavi traduce in modo differente, rispetto all'edizione italiana di Una sacra unità del 1997, il termine affect con "emozione" invece che con "affetto". "la versione italiana traduce, sbagliando, affect con affetosignifica impulso emozionale e quindi propone di utilizzare il termine emozione invece che affetto. (Sclavi, 2000, p. 225)

fisiologico dell'esperienza emozionale". Si è costruita quindi questa nuova disciplina tentando

di ricostruire i contesti sociali delle emozioni, la loro incidenza e la loro formazione sociale. La Sociologia delle emozioni infatti tenta di offrire un punto di vista particolare su come facciamo esperienza delle situazioni sociali e di come le emozioni siano esse stesse parte di ciò che definiamo situazioni sociali. [...] L'assunto di questa prospettiva è che ciò che sentiamo è significativo e rilevante socialmente quanto ciò che facciamo e pensiamo. Le emozioni vengono così considerate una variabile interveniente, un modo per spiegare i processi sociali. (id. pp. 14,15)

Le emozioni, quindi, fanno parte delle interazioni tra gli attori sociali, ne sono il risultato e l'origine (Simmel), l'energia emozionale non solo sostiene la struttura sociale, ma è prodotta da essa (Collins 1984) ed è quindi importante tentare di renderne conto, cercando un linguaggio in grado di produrre una conoscenza emozionale (Turnaturi 1995).

Come abbiamo visto per la dimensione del piacere, anche le emozioni non appartengono ancora pienamente al patrimonio delle pratiche organizzative: spesso il "sapere emotivo" degli operatori viene considerato un intralcio alla prestazione professionale, scientifica che viene associata al distacco come fosse l'opposto del coinvolgimento da rifuggire. Quando si parla di emozioni, ci si interessa ad esse, ci si riferisce sovente alle emozioni negative, come la sofferenza, il senso di impotenza e di fallimento, che possono generare burn out²⁴ e quindi difficoltà organizzative. Non prefiguro un cinismo organizzativo che si interessa del malessere dei propri operatori solo per evitare problemi, ma rispecchia una tendenza generale a guardare alle emozioni come responsabili del disordine, perché non razionali, e quindi da evitare soprattutto in ambito organizzativo. Detto questo tutti gli altri tipi di emozioni, in cui inseriamo anche il piacere, non hanno nemmeno un significato funzionale all'organizzazione se non la limitazione della loro espressione.

Nelle analisi di molti autori contemporanei troviamo una ricerca verso l'utilizzo delle emozioni per rendere conto della complessità dei fenomeni che analizzano, comprendendo il "sapere" delle emozioni (per parafrasare Alberto Melucci) nelle loro analisi.

Martha Nussbaum (2001) teorizza il carattere eudaimonistico delle emozioni ovvero una concezione in cui ogni soggetto ha una personale visione del proprio bene e di quello "generale":

²⁴ Nell'ambito delle cosiddette professioni di aiuto (servizi alla persona), il fenomeno del burn out si concretizza in una forma particolare di stress lavorativo dovuto ai carichi eccessivi di stress che il loro lavoro li porta ad assumere. Si manifesta attraverso un deterioramento dell'impegno nei confronti del lavoro e delle emozioni rispetto al lavoro stesso che si vede come agente di richieste eccessive. È ormai considerata una situazione di stress riscontrabile quindi in qualsiasi organizzazione di lavoro.

non solo le azioni virtuose, ma anche i mutui rapporti d'amore e di amicizia, privati e pubblici, in cui si ama l'oggetto per se stesso e si fa il suo bene, possono essere considerati come elementi costitutivi dell'eudaimonia della persona. Ma, d'altra parte, questi rapporti sono valutati come elementi di una vita che è la mia, e non quella di qualcun altro, come azioni mie, nei confronti di persone che hanno qualche rapporto con me. (id., p. 52-53)

In questa concezione delle emozioni quindi, ciascuno avrà una propria eudaimonia che avrà in sé componenti del sistema culturale e nuove concezioni acquisite nel corso della vita: "le emozioni hanno una storia" (id. p. 220). Queste riflessioni della Nussbaum consentono di guardare alle emozioni con più attenzione, come rivelatori della concezione del mondo degli attori che abbiamo di fronte.

Ai fini della ricerca sociale la sociologia delle emozioni ci permette di porre l'attenzione al "sentire" degli attori sociali e del ricercatore stesso: le sensazioni ci informano su "che cosa c'è là fuori, visto da dove siamo noi" (Hochschild, 1990). Le emozioni come "segnali" che assieme a ciò che viene fatto e detto completano il quadro del "cosa accade lì" attraverso il "come".

I partecipanti controllano o frenano certi atteggiamenti o stati psicologici: dopotutto la prima regola generale che viene osservata da chi entra nello spirito dell'incontro sottintende che i sentimenti contraddittori saranno tenuti sotto controllo. [...] in realtà la repressione delle emozioni non appropriate è così generale che dobbiamo guardare alle violazioni di questa regola per renderci conto del suo normale funzionamento. (Goffman 1961, p. 37)

Particolarmente interessante è il concetto di "lavoro emozionale" cioè quell'attività che impegna nel controllo delle emozioni sia nell'attività lavorativa che in ambito privato (Hochschild, 1983).

Riusciamo a controllare ciò che sentiamo e ciò che non sentiamo. Riusciamo a far ciò [...] avvalendoci di due metodi fondamentali. Con la simulazione superficiale (*surface acting*), noi modifichiamo il nostro sentire "dall'esterno verso l'interno". Con la simulazione profonda (*deep acting*), modifichiamo invece i nostri modi di sentire "dall'interno verso l'esterno". [...] Come i punti di un dipinto di Seraut, attraverso la ripetizione e la modificazione nel tempo, i micro-atti del controllo dell'emozione possono animare l'intera forma di una sensazione, dandole movimento: quando la sensazione sarà cambiata, avremo compiuto un lavoro emozionale. (id 1990, p. 160, 162)

L'analisi della Hochschild chiarisce il modo in cui le emozioni interagiscono con la struttura sociale e consente di parlare delle emozioni consapevoli della complessità

che esse riportano: il “come facciamo esperienza” ha un’importante componente sociale che per essere compresa va analizzata attraverso la conoscenza approfondita delle cornici di contesto oltre che della specificità dell’interazione. Esistono delle aspettative sociali rispetto alle emozioni previste per ciascun ruolo e per non disattenderle o si fa un lavoro emozionale oppure si mantiene, per usare un termine di Schutz, un “atteggiamento naturale”: il risultato è lo stesso, si risponde alle aspettative sociali ma con gradi di consapevolezza diversi.

Diventa così evidente come, con questa concezione delle emozioni, esista una devianza emozionale che, invece, disattende le norme emozionali riferite ad aspettative sociali sia rispetto l’esperienza emotiva privata o interiore che all’esibizione pubblica dell’emozione (Thoits 1990). Il termine devianza emozionale si riferisce quindi all’esperienza o all’espressione di affetti che differiscono, qualitativamente o/e quantitativamente, da quanto ci si aspetterebbe di osservare in determinate situazioni. Il lavoro emozionale di cui parla Hochschild è teso ad evitare la devianza. Quest’ultimo concetto è molto interessante alla luce dell’analisi che mi propongo di svolgere nel contesto della salute mentale.

Riprendendo la visione di fondo di questo lavoro, la costruzione di confini tra normalità e pazzia (un particolare tipo di devianza) e la concettualizzazione dello spazio intermedio che abbiamo chiamato di non-normalità, fare esperienza di una devianza emozionale in questo spazio attiene direttamente al lavoro nelle attività riabilitative. Proprio nel processo di acquisizione delle competenze necessarie per stare nello spazio della normalità, tra cui ci sono le esperienze delle attività riabilitative, le persone possono sperimentare l’approvazione di sentimenti che loro stessi ritengono devianti:

l’associazione fra diversi e i processi di confronto sociale – la ricerca, da parte dell’individuo, di altri che abbiano affrontato o stiano affrontando le stesse circostanze nelle quali egli si trova attualmente, in modo da trarne un confronto normativo e una guida – [possono] essere sistemi fondamentali per mitigare l’autocondanna che può derivare dalla propria devianza emozionale. (Thoits 1990, p. 140)

Thoits propone l’esempio di ciò che succede nei gruppi di auto-mutuo-aiuto (self-help) dove il riconoscimento di una legittimità emozionale costituisce fattori motivanti e gratificanti molto rilevanti. Credo nella possibilità di utilizzare questa riflessione anche per le altre attività riabilitative – non solo per i gruppi di auto-mutuo-aiuto – in cui le persone che stanno in quel momento occupando lo spazio della non-normalità, ritrovano in esse un riconoscimento anche emotivo. Infatti, il concetto di devianza emozionale può essere considerato un sottoinsieme di quella che Scheff (1966) chiama “devianza residua” che identifica la malattia mentale: quando la devianza emozionale è costante, ricorrente o particolarmente intensa, saperi tecnici e saperi profani la definiscono come malattia mentale.

Non è questa la sede per l'elaborazione di una eziologia della malattia mentale ma sicuramente è l'occasione per porre l'attenzione sulla dimensione emozionale come componente importante in un'analisi sociologica delle interazioni nell'ambito della salute mentale.

2.1.5 Piacevolezza

Simmel ha definito il concetto di socievolezza per parlare dell'interindividualità, della reciprocità senza scopi utilitaristici ma con qualità estetiche. Io intendo ispirarmi ad essa per parlare del piacere. Pur non essendo una categoria sociologicamente rilevante, elevo il piacere ad esserlo e la ritengo una scelta indispensabile visto il materiale che ho raccolto sul campo: racconti, situazioni e riflessioni che mi hanno portato a soffermarmi su questo termine.

Piacere significa, nella lingua italiana, godimento, divertimento, distrazione, desiderio, soddisfazione. Appartiene quindi alla sfera delle emozioni "positive" di cui si parla sempre poco all'interno delle organizzazioni, considerandole poco produttive, non serie né adeguate ad un contesto di sofferenza come quello dei DSM. Il senso comune crede invece che solo, o principalmente, attraverso la fatica e la sofferenza che si arriva a dei risultati, ad apprendere nuove modalità.

Vien spesso detto, è il *nostro* senso comune a dirlo, che si apprende con fatica, quasi con dolore. In fondo, tutta la nostra cultura è costruita su tale idea e lo dimostrano molti aspetti di quelli che chiamiamo processi di apprendimento. [...] Insomma, è idea diffusa che si debba apprendere attraversando la porta del dolore. [...] È ovvio che si possa acquisire conoscenza imboccando la porta del dolore, ma ritengo si possa generare conoscenza anche attraverso la porta della gioia. (La Mendola, 2009, p. IX)

Percorrere il sentiero tortuoso e spesso interrotto del piacere all'interno delle organizzazioni per la salute mentale mi sembra significativo per tre motivi.

Innanzitutto per la rilevanza sociologica. La dimensione del piacere (ma non è certo l'unica) mi permette di mantenere la connessione tra ordine dell'interazione dentro e fuori le organizzazioni dei DSM, che si caratterizzano per la sottovalutazione della dimensione del piacere come significativa nell'interazione. In questo aspetto, organizzazioni del DSM e mondo della vita quotidiana, mostrano le stesse modalità ovvero una negazione del piacere come manifestazione di ciò che attiene all'istintuale e quindi incontrollabile, o eventualmente, all'opposto, una esaltazione del piacere in senso edonistico, che riducono il potenziale relazionale del piacere ad una dimensione soggettiva. Nello specifico delle organizzazioni per la salute mentale il piacere diventa così qualcosa che il singolo ricerca e vive nelle interazioni senza che possa essere invece tematizzato come significativo

nell'esperienza sia degli operatori che degli utenti. È infatti interessante notare come, proprio nelle organizzazioni socialmente deputate a ri-abilitare le persone alla vita "normale" – come fossero palestre di vita -, l'esperienza del piacere non venga tematizzata e presa in carico, svelando quindi, in modo macroscopico, un meccanismo sociale diffuso: quello dell'evitare, il più possibile, di occuparsi di ciò che ha a che fare con il non razionale che genera quindi disordine. Si manifesta così il paradosso delle organizzazioni per la salute mentale che, concentrandosi sul risolvere patologie cliniche, rischiano di sottovalutare la fondamentale dimensione emotiva in cui il piacere è parte sostanziale. E questo vale per gli utenti, i "clienti" della palestra, ma anche per gli operatori – gli istruttori. Il paradigma che sta alla base di questa concezione è quello di una scienza "oggettiva" che ha perduto il suo soggetto e separa invece che connettere i singoli saperi (Morin, 1977) per la paura del disordine:

Dobbiamo venir meno delle false chiarezze. Non il chiaro e il distinto, ma l'oscuro e l'incerto: non più la conoscenza assicurata, ma la critica della sicurezza. Non possiamo partire che nell'ignoranza, nell'incertezza, nella confusione. Ma si tratta di una nuova coscienza dell'ignoranza, dell'incertezza, della confusione. [...] L'incertezza diventa viatico: il dubbio sul dubbio dà al dubbio una nuova dimensione, quella della riflessività; il dubbio grazie al quale il soggetto si interroga... costituisce un pensiero... conoscitore di sé stesso. Dopotutto, accettare la confusione può diventare un mezzo per resistere alla semplificazione mutilante. Certo, in partenza siamo privi del metodo; ma almeno possiamo disporre di un anti-metodo, in cui l'ignoranza, l'incertezza, la confusione diventano virtù. (id., p. 20-21)

Come osserva Capra (1982) lo spostamento da una dinamica "razionale" della conoscenza ad una "intuitiva" è iniziata ma i segnali sono ancora frammentati: questo orientamento è stato a lungo sostenuto dal sistema patriarcale che ha portato ad "uno squilibrio nei nostri pensieri e sentimenti, nei nostri valori e atteggiamenti, e nelle nostre strutture sociali e politiche" (id., p. 36). La sfida coinvolge oggi gli scienziati della medicina, psicologia, psicoterapia, sociologia, economia e scienza politica in stretta connessione con i mutamenti dei paradigmi della fisica:

In tutti questi campi le limitazioni della visione del mondo classica, cartesiana, stanno oggi diventando manifeste. Per trascendere i modelli classici, gli scienziati dovranno andar oltre l'approccio meccanicistico e riduzionistico, come abbiamo fatto in fisica, e sviluppare concezioni olistiche ed ecologiche. [...] Gli scienziati non dovranno essere riluttanti ad adottare un sistema di riferimento olistico, come accade spesso oggi, per timore di essere ascientifici. La fisica moderna può dimostrare loro che un tale sistema di riferimento è non solo scientifico ma anche in accordo con le teorie più avanzate della realtà fisica. (id., p. 44)

La dimensione del piacere la utilizziamo poi per rendere conto di come gli esterni arrivano alle attività riabilitative aperte, mossi dalla ricerca di un piacere che assume sfumature diverse: abbiamo individuato due tipologie in cui l'una non esclude l'altra ma c'è una co-partecipazione di entrambe con modalità differenti. La prima deriva dal piacere di "fare del bene" e quindi sentirsi utili e importanti per un aiuto rivolto verso un "altro" in difficoltà, l'altra deriva principalmente dal piacere per la tipologia di attività che si svolge, per la passione che si prova per una pratica. In tutte le esperienze degli attori ci sono entrambe queste dimensioni ma si possono manifestare situazioni con prevalenza dell'una o dell'altra. Il piacere emerge quindi come "ingrediente" importante per l'incontro con l'altro, sia esso un esterno o un utente.

In questo lavoro ho bisogno di indicare alcune delle forme assunte dal piacere, per poter esplicitare come l'ho incontrato e come mi è stato raccontato dalle persone nelle organizzazioni per la salute mentale. Mi limiterò a questo. Il piacere infatti è un concetto sfuggente ma anche pervasivo di difficile delimitazione. All'interno delle organizzazioni momenti piacevoli possono essere una risata tra colleghi, una conversazione divertente con un utente, un momento di sintonia con il proprio responsabile. Ma quelle di cui ci interessiamo in questo lavoro sono le situazioni di piacere che avvengono all'interno delle attività riabilitative e teniamo conto di ciò che gli attori hanno raccontato rispetto ad esse e al piacere. Si tratta di forme assunte dal piacere nell'interazione e di come gli attori le utilizzano all'interno dell'interazione stessa.

La socievolezza per come Simmel (1984) la intende, è una forma pura che non possiede alcuna finalità materiale, alcun contenuto o risultato che si trovi al di fuori del momento socievole in sé, che si origina unicamente e in modo originale, dalle persone che vi prendono parte. La socievolezza è una forma ludica del piacere che ha senso in sé stessa per i soggetti e che non ha bisogno di contenuti specifici, considerati rilevanti, per realizzarsi. È arte della leggerezza senza che questo significhi, per Simmel, disancoramento dai valori etici e comportamenti morali del contesto sociale.

Definisco... la socievolezza come la forma ludica della socializzazione²⁵ e – mutatis mutandis – come qualcosa che si rapporta alla sua concretezza determinata dal contenuto come l'opera d'arte alla realtà. [...] ... dal momento che la socievolezza nelle sue forme pure non possiede alcuna finalità materiale, alcun contenuto

²⁵ La socializzazione è quindi la forma, che si realizza in innumerevoli e differenti modi, in cui – sulla base di quegli interessi sensibili o ideali, momentanei o durevoli, consci o inconsci, che spingono in modo causale o che muovono in modo teleologico – gli individui crescono insieme in un'unità in cui questi interessi si realizzano (pag 38).

o risultato che si trovi al di fuori del momento socievole, essa si basa interamente sulle personalità. Nulla oltre il piacere offerto da questo momento – tutt'al più un'eco di questa spensieratezza – deve essere ottenuto; in tal modo il primato continua a spettare, nei requisiti come nei risultati, esclusivamente alle persone che vi prendono parte. [...] La socievolezza è il gioco in cui “si fa” come se tutti fossero uguali e, al contempo, come se si avesse stima di ognuno in modo particolare. Ed essa è tanto poco una menzogna quanto lo sono il gioco e l'arte con tutto il loro allontanarsi dalla realtà. Tale poi lo diventa solo nel momento in cui la sua azione e il suo discorso penetrano nei propositi e negli eventi della realtà pratica – così come un quadro diviene falso quando vuole simulare la realtà sotto forma di paesaggio. (id., pp. 43-44, 49-50)

Utilizzo il termine piacevolezza perché quello di cui voglio parlare è la socievolezza per come la intende Simmel ma ponendo l'attenzione sulla dimensione di piacere che in essa è presente. Il piacere che fa parte e proviene dalla socievolezza cioè dai momenti di pura leggerezza che creano connessioni tra chi vi prende parte.

Anche il raccontare storie, barzellette, aneddoti, per quanto spesso possa essere un riempitivo e un indice di povertà di spirito, può certo essere segno di un tatto raffinato in cui riecheggiano tutti i motivi della socievolezza. In tal modo, infatti, la conversazione viene innanzitutto mantenuta su di un livello che si trova al di là di ogni intimità individuale e di quell'elemento puramente personale che non si vuole piegare alle categorie della socievolezza. E d'altro canto questi argomenti non vengono espressi per il loro contenuto, ma nell'interesse della socievolezza stessa; il fatto che si dica o si ammetta questa o quella cosa non è fine a se stesso, ma è un semplice mezzo per la vitalità, l'autocomprensione e la coscienza comune del gruppo. (id. p. 55-56)

Simmel precisa che le interazioni della socievolezza sono indipendenti dal contenuto di esse: hanno senso in sé, per il loro costituire e rendere vitale un gruppo di persone.

La piacevolezza sarà il modo in cui parleremo di piacere in queste pagine, non soffermandoci quindi sugli aspetti individuali del piacere, non in senso edonistico, ma concentrando l'attenzione sulle relazioni all'interno delle quali si ha piacevolezza.

Il tema del piacere o meglio, della piacevolezza, verrà quindi toccato sia nel cap 3 dedicato alle dinamiche organizzative dei DSM che nel cap 6 parlando delle interazioni di confine che avvengono durante le attività riabilitative in generale e in particolare in quelle aperte.

Parte prima

In questa prima parte esploro alcune caratteristiche fondamentali delle organizzazioni per la salute mentale. Come già detto il materiale da cui traggio le mie riflessioni non si riferisce ad un'unica organizzazione ma all'insieme di quelle incontrate durante questa ricerca. Il fine, infatti, non è di costruire un'analisi organizzativa di una specifica organizzazione, o metterne a confronto alcune, ma far emergere dei caratteri particolari, alcuni dei tratti distintivi che connotano le organizzazioni per la salute mentale coinvolte nella ricerca. L'obiettivo è quindi porre in rilievo alcune dimensioni che fanno da cornice alle attività riabilitative.

Il terzo capitolo inizia con un'analisi che intende chiarire come colloco le organizzazioni per la salute mentali all'interno del contesto sociale e le dinamiche del welfare, indispensabile per ricostruire la cornice delle riflessioni dei successivi capitoli. A partire da una dimensione macro, necessaria a comprendere "dove" le organizzazioni per la salute mentale si collocano all'interno del sistema del welfare, proseguiremo esplorando alcuni spazi e luoghi organizzativi per "immaginare" *dove* gli attori di questo studio abitano e comprendere così *come* si organizzano le loro pratiche quotidiane. Focalizzeremo poi l'attenzione sui ceti professionali che ci sveleranno alcune dinamiche organizzative che riguardano la forma delle gerarchie, la distribuzione del potere decisionale, e modi di fare *équipe*, attraverso somiglianze e differenze con alcuni stereotipi di queste professioni. Infine esploreremo i "sensi" delle organizzazioni e le esperienze di innovazione incontrate.

Nel capitolo quarto presento le attività riabilitative e quindi le specificità del campo della ricerca. A partire dal concetto di riabilitazione e dal significato organizzativo di questa mission del DSM, emerge come le attività riabilitative non abbiano una collocazioni univoca all'interno dei DSM, in alcuni servizi sono *una* delle attività dei DSM, in altri rappresentano invece il modo in cui, trasversalmente, i servizi prendono in carico gli utenti. Conosceremo poi quelle che ho definito attività riabilitative "aperte", che assumono caratteri di specificità che le discostano da altre dinamiche organizzative riabilitative.

Studiare le organizzazioni significa guardare a ciò che è statico ma anche a ciò che è mutevole: sia, quindi, alla "organizzazione" di spazi, gerarchie, tipologie di servizi offerti, protocolli interni e regolamenti, che alle dinamiche dell'"organizzare" ovvero i processi relazionali che costruiscono le organizzazioni stesse e da cui si originano le loro innovazioni. Studiare le organizzazioni coniugando il riconoscimento delle immobilità come delle dinamiche significa porre attenzione al conferimento di senso, *sensemaking* (Weick, 1995) dei flussi di esperienza che significa *organizzare* e viceversa. Gli attori sono rappresentati così come co-

costruttori del divenire organizzativo in cui quindi *organizing (id.)* è più importante di *organization*.

Struttura e processo vanno visti come due aspetti della stessa realtà... questa ambivalenza può anche essere espressa dicendo che al sostantivo *organizzazione* (struttura) si affianca il verbo *organizzare* (processo). (Bonazzi, 2006, p. 19)

Anche altri autori si collocano in questa prospettiva:

La sociologia dell'organizzazione è una disciplina che guarda alle organizzazioni ponendo l'accento sulla società che in esse viene costruita e ricostruita [...] l'organizzazione oggi, oltre che una delle caratteristiche dei fenomeni sociali, è anche uno dei soggetti della società che, per tanti aspetti della nostra vita, fa parte della quotidianità. (Strati, 1996, p. 19)

Sono combinate tra loro due dimensioni, la dimensione funzionale e la dimensione vitale. L'organizzazione rinvia sempre necessariamente a un essere o a un insieme *vivente*. [...] si oscilla tra la descrizione di uno *stato* e la descrizione dell'*azione* volta a predisporlo o a costruirlo. (Lévy, 2005)

Ogni organizzazione è portatrice di una cultura e una definizione a cui fare riferimento è quella proposta da Edgar Schein (1985):

La cultura è lo schema di assunti fondamentali che un certo gruppo ha inventato, scoperto o sviluppato mentre imparava ad affrontare i problemi legati al suo adattamento esterno o alla sua integrazione interna, e che hanno funzionato in modo tale da essere considerati validi e quindi degni di essere insegnati ai nuovi membri come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a tali problemi. (id., p. 35)

La cultura organizzativa è quindi specifica, appartiene alle persone che compongono l'organizzazione, unica diremmo. In realtà alcune modalità del fare organizzativo si possono ritrovare in culture organizzative molto differenti tra loro. Questo perché esiste una cultura diffusa circa le pratiche organizzative come, ad esempio, quella che vede i medici dare del tu agli operatori e non viceversa. Dire che si studiano le pratiche significa rendere conto delle "attività situate, che hanno luogo in un contesto in cui persone e tecnologie collaborano e confliggono e che si realizza grazie ad un insieme di pratiche discorsive". Al cuore di questa attenzione sta il concetto di sapere pratico che declinato nel contesto delle organizzazioni significa "saper fare, in maniera competente e orientata al raggiungimento di un fine collettivo (l'oggetto del lavoro)" (Bruni, Gherardi, 2007, p. 11)

Niente di nuovo sotto il cielo delle organizzazioni dei servizi sanitari anche se, attraverso alcune specifiche esperienze, è possibile ribaltare queste pratiche innestando possibilità di cambiamento.

L'obiettivo di questa prima parte è quindi di ricostruire, disegnandone i confini e iniziando a dare il colore, al quadro delle dinamiche organizzative dei servizi per la salute mentale.

3. Gli ambienti organizzativi delle interazioni con il disagio

In apertura a questo capitolo intendo fare una precisazione che riguarda come utilizzerò i termini “salute mentale” e “psichiatria” d’ora in avanti. La disciplina psichiatrica - lo abbiamo visto nella parte introduttiva - è nata per gestire la malattia mentale avendo nel manicomio il proprio unico ambito di intervento. Poi si è iniziato a parlare di salute mentale allargando l’ambito di competenza della psichiatria non solo alla malattia, e quindi a situazioni codificate da sistemi rigidi, quanto alla complessità di elementi necessari alla salute e al benessere delle persone che, nella nostra cultura, vengono viste come un insieme di mente razionale, corpo, psiche e vita sociale ciascuna separata dall’altra. È stato principalmente grazie al diffondersi della psichiatria di comunità²⁶ che la dimensione sociale è diventata oggetto di considerazione rispetto al percorso degli utenti, permettendo agli psichiatri di uscire – anche se spesso solo idealmente – dai confini di quelle che venivano percepite come strutture separate dal mondo della vita quotidiana. La prospettiva “comunitaria” guarda quindi al disagio psichico riconoscendone la stretta relazione con il contenuto sociale, come racconta il direttore di cittàY:

La malattia mentale è una malattia, è campo dipendente... ha un suo connotato biologico, ma anche la possibilità, come accade nell'incessante rapporto di influenza che c'è fra aspetto genetico e ambientale, può avere un percorso evolutivo diverso a seconda del campo sociale in cui la persona viene inserita... è anche il campo sociale che influenza anche l'evoluzione della malattia... se la persona viene abbandonata in quei processi di follia e di solitudine, quindi se è abbandonata a se stessa c'è quell'isolamento e quella situazione di evoluzione severa che a volte ha la malattia psichiatrica... se invece c'è un percorso di solidarietà sociale, umana, relazionale, ci si possono aspettare delle cose diverse... non per niente le persone che ho visto guarire a volte sono persone giovani che hanno trovato qualcuno che gli ha voluto bene, che si è innamorata di loro, che ha costruito una vita, e quindi dopo quelli che mi portano a vedere i figli... a me è capitato anche questo, non ho visto solamente persone che stanno male... quando genitori mi domandano " che prognosi avrà mio figlio?"... dipenderà molto anche se avrà una vita sufficientemente fortunata, come un po' tutti noi: la vita è costellata di fallimenti, di abbandoni, di lutti... È

²⁶ Nel paragrafo 1.2.2c dedicato alla presentazione di cittàW in direttore del dipartimento ci offre una precisa definizione di cosa significhi psichiatria di comunità.

difficile che una persona riesca a sopportare una situazione dove c'è un naufragio completo della propria vita... (direttore cittàY)

Il direttore, da un lato parla degli utenti come soggetti passivi usando espressioni come “viene inserita”, “è abbandonata”. Dall'altro il contesto sociale di cui parla sembra avere poco a che fare con una qualche competenza dei servizi per la salute mentale quanto alla fortuna. La mia sensazione però è che dalle sue parole non emerga appieno la questione della salute mentale ma la riflessione rimanga, per usare una metafora di Franco Fasolo (2007)²⁷ al nocciolo – che sarebbe la psichiatria – mentre il “frutto possibile” è la salute mentale che implicherebbe un'attenzione specifica a cosa avviene nel contesto sociale.

Quello che mi interessa introdurre ora, a proposito dei termini “psichiatria” e “salute mentale” è che il passaggio istituzionale di terminologia ha portato non poche complicazioni per il mondo dei servizi e per la psichiatria che è stata la disciplina – che dirige strutture, operatori, terminologie, protocolli, pratiche... - *sulla* quale società civile ed istituzioni hanno riposto aspettative di adattamento alle nuove indicazioni e di risoluzione delle problematiche collegate a questo cambiamento. Questa nuova terminologia ha fatto sì che, necessariamente, oltre alle modifiche interne delle organizzazioni psichiatriche, cambiasse anche la loro utenza, determinando un ampliamento del mandato sociale per tali organizzazioni.

Occuparsi della salute mentale significa quindi uscire dall'univocità della matrice medico-ospedaliera-territoriale che guarda alla severità e alla cronicità delle situazioni di disagio psichico, per aprire lo sguardo anche prima e dopo la fase acuta e oltre essa. Si tratta di utilizzare un grandangolo aprendosi ai processi, alle dinamiche del disagio e alla loro complessità.

Questo cambio di prospettiva ha visto però, come spesso accade, le intenzioni del cambiamento “calate dall'alto” senza aver fatto i conti con le organizzazioni esistenti che si sono trovate con un mandato sociale modificato e ampliato a cui rispondere. Quindi da un lato le organizzazioni della psichiatria si sono trovate di fronte a nuove richieste e nuove sfide e, allo stesso tempo, attraverso queste deleghe aggiuntive è aumentato il loro dominio sulle tematiche inerenti quella che è diventata salute mentale come anche il potere di intervento e definizione di sfere della vita che prima non le competevano. Questi due aspetti è come se fossero i due lati della stessa medaglia.

Durante un convegno pubblico due psichiatri veneti, uno direttore di un DSM (che hanno fatto parte della ricerca perché intervistati nella prima fase come testimoni privilegiati) hanno raccontato di questi due aspetti: il primo ha messo maggiormente in evidenza la rappresentazione di una psichiatria che ha “allargato le braccia” per accogliere ma anche tenere con sé più utenza, più tipologie di

²⁷ Intervento di apertura del convegno “Le relazioni che curano” Roma, 23 Maggio 2007 disponibile sul sito www.narrareigruppi.it/salute-mentale/quinto-seminario-le-relazioni-che-curano/1b0-relazione-iniziale-5b0-seminario-intervento-del-dott-franco-fasolo.doc/view.

sofferenza, tutto da sola; l'altro invece ha messo maggiormente in rilievo l'aspetto della difficoltà di questo passaggio, di una psichiatria che "tende la mano" ad altri enti/agenzie per poter fare rete/catena e costruire braccia più lunghe che possano accogliere in modo diverso, diverse sofferenze. Questi brani rappresentano bene la faccia della stessa medaglia, quella della salute mentale veneta. Il primo a prendere la parola è il dottor Bianco, direttore del DSM di cittàD:

... non si confonda la salute mentale con la psichiatria. La salute mentale non riguarda solo gli psichiatri ma riguarda tutti perché "non c'è salute senza salute mentale". La psichiatria riguarda gli psichiatri in prima persona perché ricordiamoci, la psichiatria è qualcosa che si deve conoscere come clinica, cura, come terapia di una sofferenza che c'è ed è molto elevata nella nostra società. È anche problematico riservare lo sguardo solo su una parte di questi pazienti, ormai i CSM non curano solo gli psicotici e basta, le statistiche del servizio regionale di raccolta dati ci dicono che il 50% degli utenti dei CSM, che nel 2006 sono stati 50.000, non sono psicotici, sono persone che hanno una patologia di tipo depressivo, nevrotico grave, attacchi di panico eccetera, una restante parte dell'altro 50% è affetta da disturbi di personalità; i pazienti psicotici gravi sono il 26-30% per cui quando volgiamo lo sguardo alla riabilitazione perdiamo il 70% dei pazienti... di cui si occupano i servizi. Questi non sono meno importanti ma dobbiamo saperlo, sono utenti per i quali si spendono moltissime risorse. [...] Ormai i CSM sono diventati, in Veneto e in molte altre parti non ovunque purtroppo, centri per questa sofferenza, i medici, gli operatori, gli psicologi, assistenti sociali, si fanno carico di questa sofferenza. Evidentemente dobbiamo comprendere che noi abbiamo dovuto trasformare i nostri servizi per raccogliere tutta questa sofferenza, non solo una parte. E non è comprensibile la psichiatria di oggi – e non dico salute mentale – se non che noi siamo riusciti in 30 anni ad ampliare questo discorso e a permettere a molti cittadini di accedere ai servizi di salute mentale... (direttore cittàD)

La prima faccia della medaglia richiama la specificità della psichiatria come "clinica, cura e terapia" che oggi riguarda non solo le situazioni gravi ma anche le "patologie" più lievi. I DSM vengono quindi rappresentati come servizi che accolgono una sofferenza che è di più larga scala, che esce dai cliché immaginati dal senso comune che intende la psichiatria come disciplina che cura "gli psicotici e basta" cioè la fascia più grave dell'utenza. Per "raccogliere tutta questa sofferenza" i servizi della psichiatria si sono dovuti trasformare, e l'hanno fatto, per allargare l'accesso dei cittadini a quelli che, in conclusione al suo discorso, il direttore definisce "servizi di salute mentale". Il direttore attribuisce quindi alla psichiatria l'onere e l'onore di trasformazione dei proprio servizi (psichiatrici) in servizi per la salute mentale con anche l'apporto (in termini di aggiunte, appendici alla psichiatria) di altre figure come psicologi e assistenti sociali. Per lui quindi, al di là del nome, i

servizi del DSM sono servizi della psichiatria, mentre la salute mentale “riguarda tutti” e quindi nessun servizio in particolare. Il processo che questo direttore mostra, ha portato un ampliamento della “clinica, cura come terapia” ad altre sofferenze che così sono diventate nuove patologie.

Un altro psichiatra, il dottor Azzurro, ci mostra l'altra faccia di questa trasformazione del contesto sociale del disagio psichico:

... credo che la psichiatria anzi, io, psichiatra... adesso sono io qui, persona, si è trovato un po' in difficoltà davanti ad un'idea di salute mentale che è stata – e lo riconosco nei primi anni post manicomiali – l'idea cardine di dire: partecipiamo alla possibile costruzione di una salute mentale... credo che... negli ultimi anni... di avere la necessità di ridefinire la mia identità di psichiatra e dire che la salute mentale non può appiattirsi sul contenuto della psichiatria, cioè, se la salute mentale si sposta sulla psichiatria vuol dire che perde i suoi connotati. [...] Noi abbiamo aperto l'anno scorso un CSM a cittàA e nel momento in cui si stava costruendo, abbiamo avuto una fiaccolata del quartiere contro l'apertura... in quell'epoca io sono andato nella commissione consiliare e mi sono trovato nel deserto da qualsiasi parte politica [...] Allora, tradurre alcuni disagi come analisi del funzionamento dei servizi e dimenticare che una psichiatria di comunità comporta un'analisi realistica del livello di elaborazione e di politicizzazione di quella cultura e di quella comunità... credo che ritagliamo solo una fetta ma non abbiamo davanti quello che è un percorso più allargato. L'impressione che il DSM, dove c'è certo una psichiatria che fa la sua parte, ma dove io voglio o vorrei riconoscere le altre parti perché l'identificazioni tra psichiatria e salute mentale credo che non ci porti molto avanti... (psichiatra cittàA)

Precisando anch'esso che psichiatria e salute mentale non sono sovrapponibili, l'altra faccia della medaglia che mostra il dottor Azzurro racconta di una psichiatria che vuole partecipare alla “costruzione di una salute mentale” assieme alle “altre parti”. La difficoltà che esprime deriva dal non trovare queste altre parti e di sentirsi quindi “nel deserto”, senza interlocutori che condividono la difficoltà di raggiungere l'obiettivo del sostegno per la salute mentale. Ecco che la prefigurazione presentata vede un DSM in cui non c'è solo la psichiatria, perché per dare forma alla salute mentale essa non è sufficiente. Sarebbe interessante approfondire questa posizione per capire se “darsi la mano” con altre discipline significherebbe davvero creare un più ampio ed eterogeneo sistema dei servizi oppure significherebbe mantenere le altre discipline in posizione “ancellare”. È quello che ha pensato il presidente dell'ordine degli psicologi veneti alla lettura delle bozze del progetto obiettivo per la salute mentale che, invia una comunicazione a tutti gli iscritti per comunicare quanto segue:

Secondo l'impostazione di questo progetto obiettivo si prevede una completa psichiatrizzazione della salute mentale che comporrà,

nei suoi effetti futuri, l'annullamento o, peggio, l'asservimento dei servizi sanitari dedicati alla prevenzione, all'intervento, alla cura e alla riabilitazione per la salute mentale all'esclusivo intervento psichiatrico. Disconoscendo, quindi, il fondamentale contributo che la psicologia e la professione di Psicologo sta dando e può dare per il benessere psicologico – ovvero per la salute mentale – della società e dei cittadini veneti. Nel documento programmatico infatti viene ripetutamente affermato in vari passaggi che salute mentale=psichiatria e, anche, che tutti gli ambiti della psicologia rientrano nella disciplina psichiatria e nella competenza dello psichiatra.

(http://www.psyveneto.it/tmp_1page.asp?action=article&ID=1285)

Il presidente, è chiaro, fornisce una propria lettura del testo che però mi è utile per completare il quadro che ho proposto anche esasperando un po' la situazione utilizzando le sue parole che hanno l'obiettivo di delimitare un campo di influenza rimanendo, di fatto, nella stessa logica. Difatti conclude affermando:

Auspichiamo che la nostra attivazione possa portare ad un testo più equilibrato e rispettoso sia del reale significato di salute mentale, che e ad un fattivo coinvolgimento delle diverse professionalità che si occupano della salute per i cittadini, tra cui, non possiamo, non vogliamo e non dobbiamo dimenticare, la professione di psicologo è certamente in primo piano. (id.)

Come si ristrutturerebbe la disciplina psichiatrica e la sua concezione di dominio rispetto alle altre discipline affini come la psicologia? Sarebbe possibile che a capo del DSM non fosse necessariamente uno psichiatra – com'è adesso – ma magari uno psicologo?

Benedetto Saraceno (1989) ha affermato che

... la psichiatria, esaminata lungo il suo sviluppo storico, fluttua curiosamente dal ruolo di razionalizzatrice "scientifica" del controllo sulla miseria a quello di critica euristica che svela i nessi della complessità e dunque le inadeguatezze degli apparati... (id., p. 196)

mostrando come questo percorso di cambiamento della disciplina psichiatrica ci possa consentire di svelare i meccanismi complessi che riguardano sia le organizzazioni per la salute che i mandati sociali di cura e presa in carico.

Nel corso di questo lavoro parlerò quindi di organizzazioni per la salute mentale e non psichiatriche, scegliendo di utilizzare la terminologia definita dal sistema sanitario nazionale. Con queste riflessioni iniziali ho voluto chiarire quindi quale complessità di concezioni, discorsi e pratiche si celi sotto il termine salute mentale in cui la psichiatria ha un peso sostanziale. Naturalmente salute mentale e psichiatria

sono direttamente in relazione con la riabilitazione e di questo il dottor Blu Riccardo, psichiatra di cittàW rende conto con le sue parole.

Riabilitare significa da un lato restituire cittadinanza al paziente nel senso di riacquisizione della dote di cittadino, renderlo soggetto di diritti attraverso la promozione e la facilitazione del suo inserimento in un contesto il più possibile “normale”; dall’altro chiamare in causa la società nel suo complesso nel senso di quella che è stata definita una “comunità competente”, cioè una comunità in grado di configurare un territorio adulto, capace di prevedere e provvedere alle proprie esigenze di salute sociale. [...] Il territorio, il nostro paesaggio umano è pieno di salute e di malattia; la sofferenza psichica appartiene al territorio ed alla gente che ci vive, fa parte, per così dire, del paesaggio, ne è parte integrante; non è appannaggio esclusivo della psichiatria, né tanto meno la psichiatria deve essere ritenuta come unica titolare della salute mentale, bensì come “un semplice aspetto” della salute mentale stessa. (dottor Blu Riccardo, psichiatra cittàW)

3.1 Organizzare la salute mentale nel contesto sociale. La metafora del patchwork

In questo paragrafo vorrei riprendere le riflessioni appena compiute per poterne fare il substrato che ci permette di inquadrare le organizzazioni per la salute mentale all’interno del contesto macro del sistema del welfare locale.

Per rappresentare il contesto all’interno del quale le organizzazioni per la salute mentale sono inserite, mi avvalgo di una metafora, quella del patchwork, un’opera tessile ottenuta cucendo insieme “pezze” di vario colore e consistenza al fine di ottenere un insieme variegato. Laura Balbo (1982, 2008) ha utilizzato nei suoi lavori ampiamente e molto efficacemente la metafora del patchwork per descrivere situazioni che si compongono e ricompongono giorno per giorno “tenendo insieme” la pluralità di contesti.

Anche Bateson (1972) utilizza la metafora tessile in uno dei suoi metadialoghi²⁸ con la figlia, consapevole della necessaria limitatezza di ogni metafora, utile ma non esaustiva per esprimere un’idea e per riflettere su di essa:

QUANTE COSE SAI?
[...]

²⁸ Bateson definisce il metadialogo in apertura della prima parte del testo, indicandolo come “una conversazione su un argomento problematico. Questa conversazione dovrebbe essere tale da rendere rilevanti non solo gli interventi dei partecipanti, ma la struttura stessa dell’intero dibattito... in cui la creazione e l’interazione delle idee devono necessariamente esemplificare il processo evolutivo” (1972, p. 32).

Padre. ... cioè, voglio dire che il sapere è come tutto intrecciato insieme, o intessuto, come una stoffa, e ciascun pezzo di sapere è significativo o utile solo in virtù degli altri pezzi, e...

Figlia. Pensi che si dovrebbe misurare in metri?

P. No, direi di no.

F. Ma le stoffe si comprano a metro.

P. Sì, ma non volevo dire che è una stoffa. È solo *come* stoffa... e certamente non sarebbe piatto come stoffa... ma avrebbe tre dimensioni... forse quattro dimensioni.

F. Che cosa vuol dire papà?

P. Non so, veramente, tesoro. Stavo solo cercando di riflettere.

(Bateson, 1972, p. 53, corsivo mio)

Anche in ambito metodologico la metafora tessile trova sostenitori come Strati (2004) secondo cui si può parlare di “tessere l’organizzazione” quando gli attori ne costruiscono la trama.

Con la metafora del patchwork rappresentiamo il sistema nel quale sono inseriti i servizi per la salute mentale come fosse un grande tessuto costituito da molte parti in connessione tra loro. Le altre parti o pezzi che costituiscono il patchwork sono molte, la Regione, l’Azienda Ulss (sia come apparato politico-amministrativo che anche come altri servizi: consultori, SERT, servizi sociali...), il Comune, le associazioni di familiari, le cooperative sociali, i media nazionali e locali, le associazioni di utenti, le associazioni di volontariato...

Tra questi attori c’è chi adotta politiche, chi pone interrogativi, chi esige risposte, chi chiede collaborazione e chi invece ostacola, chi elargisce risorse e chi le riduce, chi accusa, chi sbatte le porte e chi apre finestre. Le altre “pezze” del patchwork a volte stratonano il tessuto del DSM, anche in direzioni diverse contemporaneamente, chiedendo insistentemente e pretendendo risposte; esercitando pressioni molto forti.

Un Direttore racconta, durante l’intervista, un esempio di situazione che viene vissuta come pressante:

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

È un fatto, risaputo, inevitabile, che fa parte del mestiere di chi lavora nei servizi per la salute mentale. Si agisce, spesso, sotto “pressioni sociali” che chiedono di

risolvere il problema di chi “disturba”, intendendo in questo anche un allontanamento dalla comunità locale, dal paese, delle persone che creano disagio. L’allontanamento dalla comunità locale significa l’inserimento in comunità terapeutiche, la cosiddetta residenzialità²⁹:

...l'esperienza più problematica è forse quella con la residenzialità... nel senso che c'è una pressione da parte delle famiglie e da parte di molte agenzie territoriali, che del resto è un po' anche la pressione che viene dalle nuove normative, vedi la Burani-Procaccini... la legge che doveva andare a ridefinire la 180, quindi percorsi di criticità all'interno della residenzialità, nel senso che è molto molto difficile costruire dei processi di destigmatizzazione del paziente in un ambito di residenzialità protetta che deve andare piano piano ad essere diluita... ci sono molte richieste di mantenimento del paziente nelle strutture residenziali quod vitam e quasi nessuna dimissione... ecco questa è una realtà che purtroppo in Veneto... emmmm c'è chi le dirà che va tutto bene e chi sinceramente dice che è un'area di criticità da affrontare insomma perchè... le richieste di neo-istituzionalizzazione ci sono... Le famiglie non riescono più a tener i pazienti, molte volte non li accettano per l'elevato carico emotivo... dall'altro c'è una atomizzazione della famiglia allargata e quindi dei suoi processi protettivi... e quindi sono famiglie nucleari che non riescono più a tenere la persona che soffre, che ha una situazione di disagio insomma... è per quello abbiamo costruito gli appartamenti protetti... processi di... ridefinizione dei bisogni delle persone che siano il più possibile centrati sui bisogni personali, però a volte non va... bisogna che gli operatori territoriali siano di più... una maggiore attenzione alle cooperative sociali... verso le possibilità che diano alternative alle persone che non hanno ripreso in mano le proprie competenze di cittadini, andrebbero un po' più sostenute insomma... (direttore cittàY)

La richiesta di trovare una collocazione agli utenti al di fuori della famiglia è ampia e complessa. Le difficoltà di convivenza con la sofferenza in assenza di supporti diversi oltre ai servizi è enorme. La prospettiva individuata dal direttore appena citato va nella direzione del coinvolgimento di altri attori nella presa in carico della questione salute mentale. Ma, se da un lato sembra auspicare maggiore coinvolgimento da parte di altre agenzie, dall'altro ne rende evidenti gli aspetti problematici, di non collaborazione, che diventano dispendio di energie:

²⁹ Con il termine residenzialità di intendono tutte le strutture che accolgono come residenti gli utenti del servizio. Si tratta di comunità terapeutiche a diversi livelli di “protezione” e sanitarizzazione, fino a comprendere soluzioni con un grado maggiore di autonomia come gli appartamenti protetti che prevedono la presenza degli operatori solo per poche ore al giorno.

... quello che non mi piace [del proprio DSM]... potrebbe essere la mediazione continua con le varie agenzie di confronto per reperire risorse e mantenere (sorride) quello che si ha!... la mediazione con le agenzie di confronto è un po' forse la mediazione con le varie agenzie territoriali, sempre più impegnative come dicevo prima, perché non basta mai quello che si fa insomma... (direttore cittàY)

Connessioni faticose del patchwork...

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

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

In questo racconto il Direttore parla invece di strappi e ricuciture, in questo caso rese possibile da un'altra connessione del DSM, quella con un ente privato che ha aperto una comunità terapeutica con la quale il DSM ha potuto collaborare. Hanno così risposto alla domanda di residenzialità³⁰: modificazione di connessioni esistenti grazie ad altre connessioni.

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

Uno psichiatra di cittàX racconta di un'occasione in cui ha rivolto lo sguardo alla propria porzione del patchwork per conoscerla meglio e di come sia nata da lì, l'idea di attivare connessioni con le “aree di confine” per un progetto formativo. Io direi, per creare relazioni.

³⁰ Il DSM di cui si parla in questo brano di intervista aveva un numero inferiore, rispetto al minimo richiesto, di posti letto residenziali. Gli utenti erano quindi, molto spesso, inviati in strutture fuori provincia ma anche fuori regione, creando disagi ulteriori per i familiari e gli utenti stessi che dovevano cambiare completamente contesto sociale. Il racconto di questo direttore presenta quindi il momento della “nascita” della comunità residenziale “privata”, in modo positivo.

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

Questo passaggio è interessante perché mostra una caratteristica rilevante dei servizi per la salute mentale e non solo: l'autoreferenzialità. I servizi autoreferenziali vivono isolati e la comunicazione intra-organizzativa, quando diventa necessaria, è difficoltosa.

Abbiamo detto che ogni organizzazione per la salute mentale si trova all'interno di un sistema-patchwork che a volte chiede, toglie, scompone, a volte offre nuovo materiale per rafforzarsi. Ogni singolo tassello ha poi la responsabilità della propria trama, nel rattoppare o nel ristrutturare e quindi nel "tirare avanti" con una toppa o nel sentire attentamente la trama e lavorarci dall'interno.

Un esempio di interazione istituzionale tra "pezze" del patchwork è quella tra DSM e SIL³¹, in merito agli inserimenti lavorativi. Il primo operatore, di cittàY, racconta di "buona collaborazione" con il SIL che non si realizza in una delega ma in un lavoro sinergico in cui il DSM attua attività "propedeutiche" attraverso, per esempio, le cooperative sociali in modo da favorire gli inserimenti lavorativi del SIL:

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

Realizzando un doppio passaggio, una doppia formazione sembra che i risultati positivi siano riscontrabili nel numero di inserimenti lavorativi che, nel DSM in cui lavora l'operatrice citata qui sopra, sono molto elevati.

³¹ Servizio per l'inserimento lavorativo dedicato all'handicap il cui accesso, per le persone con disagio psichico, prevede che siano dichiarate invalidi civili.

Esistono però situazioni differenti, come a cittàB, in cui l'inserimento lavorativo è gestito dal SIL e la collaborazione con il DSM è fatta di soli passaggi burocratici ed emergono quindi alcune difficoltà rispetto agli esiti:

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

Tra le criticità che emergono dalle parole di questi operatori, al di là delle specificità dei singoli contesti e della complessità di numerosi altri fattori che concorrono alla definizione degli "esiti" della modalità di attuare gli inserimenti lavorativi, vi è innanzitutto la questione del ruolo degli utenti. Damiano, ad esempio, esprime la sua preoccupazione nei confronti della dichiarazione di invalidità, riconoscendola come non adatta alle proprie problematiche:

Il dottor Giovannello mi aveva proposto di darmi l'invalidità però io cioè essere dichiarato invalido è una brutta cosa. Per una persona che sta bene che sta abbastanza bene mi sembra sia come privarlo della propria salute mentale. A me mi pare di essere a posto mentre tanti si fanno dare l'invalidità perché hanno dei problemi così come il mio. Comunque adesso dobbiamo ancora discuterne. *Può darsi che prima o poi i mea daga anche a mè l'invalidità perché se non rieso a far niente e me chiudo in me steso in stà maniera chi, qualcosa i fà. Senò i me lasa lì, insomma non lo so desso*³². Comunque la vedo, non la vedo tanto bene, perché andare avanti così... (Damiano, utente cittàW)

Anche Cristian, utente del DSM di cittàK, esprime le sue resistenze verso la dichiarazione di invalidità che limita le possibilità di vita:

... quando sei invalido non puoi più guidare la macchina... ora dico che non mi serve ma domani?... è come dire che sai già come andranno certe cose... (Cristian, utente cittàK)

Le organizzazioni (DSM e SIL), guardando alle proprie dinamiche interne (possibilità di accesso a possibilità lavorative) con pochi contatti con altre realtà,

³² "Può darsi che prima o poi la diano anche a me l'invalidità perché se non riesco a fare niente e mi chiudo in me stesso in questo modo, qualcosa fanno. Se no mi lascino lì, ora non so.

poche aperture anche immaginate di possibilità altre, finiscono per riprodurre modalità “malate” come quella della dichiarazione di invalidità, per rispondere ad alcuni bisogni eliminandone giocoforza altri.

Questa rappresentazione delle connessioni del DSM all'interno della propria comunità locale dà l'idea di un sistema complesso, di alleanze ed opposizioni, in cui la dimensione emotiva dei componenti è molto importante. All'interno dei DSM incontrati durante questa ricerca, una delle emozioni più comuni è quella della frustrazione provata dagli operatori di fronte alle difficoltà nello svolgere il proprio lavoro:

... noi presidiamo dei servizi che sono considerati come la rianimazione perché sono servizi che tuttora stanno tra la vita e la morte psichica, come una rianimazione... abbiamo una parte di utenti che sviluppano una patologia cronica grave e sono quelli che non rispondono alle terapie- una percentuale ancora abbastanza alta che si aggira intorno al 20-25%... quindi presidiamo delle aree dove i familiari, la società, le agenzie territoriali non ci ringraziano, non hanno gratitudine nei confronti del lavoro quotidiano che facciamo tutti i giorni... ci sono importanti momenti di frustrazione che colpiscono noi ma un po' tutto il personale perché le risorse umane che si mettano a disposizione a volte sono... i risultati non sono quelli che il mondo sociale si aspetta e allo stesso tempo io credo che in molte situazioni noi possiamo dire di avercela messa tutta... come fa una rianimatore con una persona che in una situazione di grave disagio... però non sempre... nella rianimazione vengono ringraziati da parte dei parenti, perché è predominante l'aspetto del lutto, della sensazione di morte di un proprio caro... [...] abbiamo aumentato dal 2002 al 2006 del 25% le persone prese in carico... nel 2007 abbiamo aumentato di un ulteriore 5%... non si può pensare che, come le dicevo prima, un gruppo che ha anche grosse capacità, possa reggere più di tanto tempo a questo... io lo chiamo assalto a forte Apache... (direttore cittàY)

La frustrazione, naturalmente, è un sentimento comune a tutto il patchwork, utenti e familiari compresi, che non vedono spesso riconosciuti il proprio valore e le proprie istanze. Questo sia un esempio centrale per mostrare un patchwork con connessioni allentate: se non c'è comunicazione tra le parti, se esse non sono in una posizione di accoglienza ma anzi, si pongono in termini oppositivi, nessuna di esse si sentirà soddisfatta dall'interazione. La frustrazione si continua ad alimentare in un sistema di questo tipo, in cui le persone di ogni organizzazione hanno delle aspettative risolutive verso le altre organizzazioni, che si trasformano in pretese di soluzione delle difficoltà.

Se “i risultati non sono quelli che il mondo sociale si aspetta” pur credendo di lavorare con “un gruppo che ha grosse capacità” la frustrazione diventa un sentimento costitutivo dell'organizzazione. E così per i familiari, pensando che spetti

al servizio risolvere in ogni suo aspetto la sofferenza del proprio caro, pensando da parte propria di fare tutto quanto è possibile. E così per tutti gli altri attori. In questo modo il patchwork diventa come una mappa del gioco da tavola Risiko, con assalti, fortini e barricate, ognuno in difesa e, se ne ha la possibilità, in attacco.

Il patchwork “attivo”

La staticità della metafora del patchwork può essere mitigata e arricchita utilizzando il concetto di enactment (Weick, 1997) per rappresentare così il complesso sistema di connessioni tra organizzazioni per la salute mentale e ambiente in cui sono immerse.

Con il termine “enactment”, traducibile in “attivazione”, Karl Weick individua il meccanismo attraverso il quale soggetti e organizzazioni, interagendo, attivano l’ambiente nel quale operano e quindi contribuiscono a determinarlo. Secondo Weick quindi, organizzazione e ambiente agiscono l’uno nell’altra:

- l’ambiente condiziona l’organizzazione attraverso il proprio terreno caratterizzato da un certo gradi di fertilità, di disposizione a nuovi innesti, di possibilità di intrecci e connessioni;
- l’organizzazione attraverso i propri processi, esigenze (e quindi richieste) verso l’esterno e le dinamiche relazionali che attraversano i confini organizzativi, partecipa alla modificazione dell’ambiente in cui è inserita mostrandone il carattere socialmente costruito.

Questa prospettiva vuole cercare di ribaltare l’idea secondo cui organizzazione e ambiente sono distinti, separati da confini che però è difficile definire. La distinzione tra organizzazione e ambiente diventa molto labile se mettiamo tra parentesi l’esistenza di un confine e guardiamo invece ai continui scambi che avvengono attraverso le pratiche. Infatti, afferma Weick “le categorie esterno/interno o fuori/dentro esistono nella logica, non esistono invece empiricamente” (Id., p. 274) precisando poi che se i membri dell’organizzazione trovano la scansione interno/esterno necessaria per le loro pratiche quotidiane queste devono essere osservate per quello che sono: rappresentazioni. Le riflessioni che ho riportato in premessa sono coerenti con questa prospettiva e nel modo di concepire i confini.

Utilizzando il concetto di enactment il patchwork diventa l’ambiente in cui ciascuna delle organizzazioni è contemporaneamente separata come pezza e connessa attraverso le cuciture, in un’interazione ed interdipendenza continue. Il patchwork diventa così un ambiente che vive grazie alle attività di scansione e selezione dove la scansione è il fatto di scomporre la corrente di esperienza in unità sensibili, nominabili e nominate e l’attività di connessione implica le relazioni.

Nello studio di organizzazioni complesse come quelle della salute mentale questo tipo di sguardo consente di porre attenzione ai flussi connettivi oltre che alla cristallizzazione delle forme – che sono temporanee – e osservare il campo di ricerca

come interconnesso. L'analisi empirica quindi, pur riguardando le pratiche organizzative, non potrà attribuire alla semplice buona volontà o buona organizzazione di singoli servizi la loro "forma". Dovrà necessariamente tenere conto – anche se sullo sfondo - della "architettura" delle politiche più ampie che continuamente attivano e sono attivate nell'ambiente dei servizi pubblici attraverso processi di governance che costruiscono socialmente il welfare.

La costruzione delle politiche sociali dipinge uno scenario in cui sono compresenti diverse dimensioni spaziali (locale e sovra locale) e di diversi protagonisti (istituzioni, soggetti no profit e profit) che, alla fine degli anni '90 del secolo scorso, hanno dato forma ai servizi separando le competenze specifiche:

La scomposizione per settori (minori, famiglie, disabili, anziani, migranti, ecc.) ha consentito una migliore organizzazione del lavoro, con la relativa attribuzione a ciascun segmento di personale specializzato, di sedi e risorse, ma è stato decisamente sottovalutato il momento della ricomposizione. Il che equivale a dire che proprio quegli operatori che dovrebbero lavorare con gli strumenti dell'integrazione sono spesso messi in condizione di frequentare ambienti costitutivamente dis-integrati. (Ferrari, 2010, p. 79)

In un ambiente così caratterizzato prendono forma i modi di vivere le organizzazioni e le relazioni degli attori organizzativi che iniziamo ad incontrare.

Spazi e luoghi organizzativi

Entrando fisicamente in un'organizzazione uno dei primi aspetti che colpiscono il ricercatore, è lo spazio³³ e come esso sia organizzato. Pur avendo scelto di analizzare trasversalmente le diverse organizzazioni incontrate, in questo paragrafo presento alcuni spazi e luoghi organizzativi esplicitandone il contesto. Da un lato con l'intento di chiarire gli ambiti della ricerca, raccontandone alcune specificità, dall'altro per permettere al lettore di entrare in situazione e avere gli strumenti per addentrarsi nell'analisi "come se" fosse stato lì.

Una delle prime cose che osserviamo sono gli artefatti come Bonazzi (2006) li definisce:

i prodotti immediatamente osservabili in una data organizzazione:
la sua architettura, l'arredamento, la tecnologia, ma anche il modo

³³ All'interno della letteratura della sociologia urbana (Castells 2000, La Cella 2000) il termine "spazio" viene generalmente usato per porre l'accento sulla dimensione astratta e "strutturale" dello spazio mentre il termine "luogo" rimanda alle attribuzioni di significato dei soggetti e quindi alla loro esperienza rispetto ad uno spazio. In questo senso "luogo" (e territorio) viene intesa espressione della relazione tra la dimensione lo spazio e il (i) soggetto(i).

di comportarsi dei suoi membri come il gergo, l'abbigliamento, la mimica, i simboli, i rituali. (p. 160)

È quindi quello che il ricercatore osserva nei primissimi passi della ricerca da cui si costruiscono i primi interrogativi che cercano di “decifrare il senso degli artefatti” (id.) che contribuiscono a strutturare le risorse e i vincoli per l'azione (Gobo, 2001). Prestare attenzione agli artefatti non rappresenta semplicemente un elemento aggiuntivo all'analisi ma permette di comprendere pienamente le interazioni organizzative come situate. Le pratiche organizzative infatti, si muovono all'interno di contesti specifici in cui lo spazio è organizzato e gestito dagli attori a partire da, ad esempio, la struttura delle stanze, gli arredi a disposizione, la presenza o meno di un giardino, dal tipo di vicinato... Ciò significa che azioni e modalità di interazione sono determinate dal setting come hanno ben dimostrato, tra le altre, le ricerche di Rosehan (1973) e Goffman (1961) effettuate negli ospedali psichiatrici. Nella prima, uno degli aspetti posti in evidenza era come il personale dell'ospedale occupasse gli spazi loro assegnati cioè “oltre la vetrata” attraverso cui osservare le sale comuni assegnate ai pazienti ma rimanendo da essi fisicamente separati³⁴. Nella ricerca di Goffman viene dato rilievo al diniego di possedere oggetti propri da parte dei pazienti. Alcuni di loro quindi, occupavano in modo privato oggetti comuni come sedie, panchine e termosifoni:

in un reparto per lungo-degenti un vecchio internato... era, per tacito consenso, riconosciuto padrone di un radiatore libero; mettendo della carta sul radiatore, riusciva a sedersi sopra e lo faceva sempre. Dietro il radiatore teneva alcuni oggetti personali, che contrassegnavano maggiormente l'area come sua proprietà. (1961, p. 265)

L'osservazione di questo tipo di utilizzi “impropri” degli spazi fisici e degli arredi ha permesso poi a Goffman di costruire un'attenta rappresentazione delle modalità attraverso cui gli internati elaboravano “estensioni del sé” essendo costretti a rinunciare ad altre riserve del sé. Nello specifico delle ricerche in contesti della salute mentale, che sanno (come gusto) della psichiatria istituzionale, l'attenzione agli artefatti consente di osservare come questi rappresentino l'eredità di istituzioni passate. Se e come è rimasto negli artefatti e nelle dinamiche relazionali. Uno di questi è, ad esempio, la fila:

l'organizzazione degli ambienti fisici e gli artefatti sono potenti simboli del funzionamento istituzionale: la fila di letti d'ospedale, la fila di porte chiuse del centro di psicoterapia o del dipartimento

³⁴ Nel film “Si può fare” del 2008 e diretto da Giulio Manfredonia, c'è una scena in cui viene rappresentata questa “separazione trasparente” tra il medico e la sua scrivania e i pazienti che oltre la vetrata svolgono le loro attività.

universitario, la fila dei banchi di scuola, la fila dei soldati sull'attenti. Come questa figura spaziale, con il suo dominante aspetto seriale, funzionasse da stampo organizzativo che tende a riprodursi in ambiti e con materiali diversi. L'impressione è che la figura della fila costituisca una metafora di base del mondo istituzionale (De Leonardis, 2004, p. 102).

Ho visto molte file di porte chiuse durante questa ricerca, come al CSM di cittàA o a quello di cittàJ, ma anche molte file di porte aperte come nella comunità alloggio a cittàW, al centro diurno di cittàX. File di sedie allineate al muro e fissate a terra come al CSM di cittàW, ma anche sedie in cerchio o disordinate per starci in tanti come al centro diurno di cittàY. Nelle stesse realtà territoriali ho trovato file e cerchi, ancoraggi e movimenti. Il ricordo e l'eredità della psichiatria istituzionale è ben presente ovunque con i suoi spazi strutturati: corridoi lunghi con file di porte e sedie inchiodate al pavimento. Non per questo però gli attori che abitano queste organizzazioni oggi, vi si adeguano acriticamente. Mi è capitato infatti di stare al CSM di cittàW che ha file di porte e file di sedie al muro, e respirare un'aria di convivialità che mi ha sorpresa.

... Trovo l'ospedale facilmente e seguo le indicazioni all'entrata per il C.S.M. che si trova in un'ala esterna dell'edificio. Lungo il percorso c'è anche un vecchio cartello che mi indica il "centro di igiene mentale". È tutto molto triste: locali periferici di un posto già brutto come un ospedale, in più con delle indicazioni vecchie... ma perché non le tolgono???. Entro e seguo le indicazioni. Il C.S.M. si sviluppa in un lungo corridoio con molte porte, pareti color beige con pittura lavabile, seggioline in plastica appoggiate alle pareti per le attese. Una signora con un grosso carrello delle pulizie attraversa il corridoio. Ci sono diverse persone sedute, c'è molto movimento. Io passo sorridendo e vengo ricambiata, poi mi siedo davanti alla porta dello studio del direttore aspettando l'ora dell'appuntamento. Una nonna con la nipotina nel passeggino chiacchiera con un signore dall'aria distinta. Una donna con il figlio trent'enne saluta un altro ragazzo seduto poco lontano da me. Lei si informa di come sta e parlano di un gruppo psicoterapico (nominano una psicologa) che i due ragazzi hanno seguito insieme. Si baciano sulla guancia prima di salutarsi e subito dopo esce dal suo studio uno psichiatra che chiama per nome il ragazzo seduto. Una donna e un uomo seduti vicino a me mi chiedono, con larghi sorrisi, chi aspetto e quando dico loro che aspetto il primario loro annuiscono dicendomi "è bravo, vedrai!" e io li ringrazio. L'uomo poi mi racconta che è lì per salutarlo, non ha una visita e prosegue raccontandomi che è stato ricoverato in SPDC diverse volte... (dal diario etnografico del 26 aprile 2008)

Ho partecipato invece ad una riunione operatori e utenti in una grande sala del CD di cittàY, con sedie movibili, e lì si respirava aria pesante. L'ambiente fisico quindi non struttura necessariamente il "clima organizzativo" ma esso si crea a

partire delle interazioni tra i soggetti che le abitano. I locali asettici e ospedalieri del CSM di cittàW non hanno impedito che il clima organizzativo fosse aperto, conviviale e accogliente nonostante la tristezza del luogo fosse evidente. Allo stesso modo una struttura più duttile che consente di organizzare lo spazio per favorire la condivisione e l'ascolto non necessariamente può essere utilizzata per le sue potenzialità quanto per riprodurre separazione.

Utilizzando le riflessioni di Lefebvre (1979) possiamo fare un parallelismo con quelle situazioni dello spazio organizzativo "tramandate" dalle istituzioni psichiatriche, con le situazioni invece nuove, nate a partire dal lavoro degli attori attuali. Lefebvre infatti, utilizza le categorie di spazio e tempo per distinguere tra le influenze mediate dei processi intermedi di socializzazione e quelle dirette delle percezioni corporee. Egli separa le forme socialmente costruite da quelli che chiama "spazi di rappresentazione" che si vivono, si parlano, hanno un nocciolo o centro affettivo. Essi contengono i luoghi della passione e dell'azione, quelli delle situazioni vissute e dunque "implicano immediatamente il corpo".

Qualche esempio per calarci nel campo della ricerca.

Giordano ha meno di 30 anni, per lui il centro diurno era "il posto dei matti" come "la gente" lo definiva. Frequentandolo è diventato un luogo denso di significati, per cosa si fa, come e con chi:

Sono venuto [al centro diurno] per fare... si dai è andata bene, mi sono divertito, le prime volte così ti piacciono tutti i lavori, non sai cosa devi fare no, tutto il giorno con la carta vetrata sui mobili. Il primo giorno non è stato poi così bello perché dopo 3 ore sei tutta la mattina con la carta vetrata, non è che avessi avuto un'idea positiva, però adesso sono contento di avere imparato delle cose belle di falegnameria che vorrei anche imparare ad avere un mobile io da solo a casa, se riesco a fare venire fuori qualcosa di buono [...] con Giovanni in falegnameria si parla, per quanto lui sia uno abbastanza chiuso, quando cominci a parlare è una persona da stimare anche, ha avuto le sue belle esperienze, ti racconta...

A: ... quando il dottor Pietri ti ha proposto di partecipare a queste attività, come ti sei sentito...

...c'erano un po' di pregiudizi... un posto frequentato da matti...

Come sottolinea Lefebvre (1974) ogni attore sociale individuale e collettivo ha degli specifici codici spaziali, vale a dire delle modalità non solo di leggere e interpretare lo spazio, ma di viverlo, di comprenderlo, di "produrlo". Giordano ha così interpretato lo spazio "dei matti" trasformandolo nel luogo in cui ha fatto delle esperienze, ha tessuto delle relazioni.

Il rapporto spazio/attore sociale è un'interazione complessa che cambia nel tempo e a seconda delle situazioni; è un'interazione

nella quale sono coinvolte le modalità percettive, la memoria, la cultura, i modelli sociali di riferimento. Ogni volta sorprende constatare quanto determinati luoghi siano capaci di custodire e di intrecciarsi con pezzi di noi e di risvegliare dal profondo ciò che sembrava eternamente perduto. Tornare, anche solo con il ricordo, con la mente, a determinati spazi significa suscitare una miriade di emozioni e riflessioni. Si può dire che ciascuna biografia può essere letta come una successione di luoghi, di spazi d'incontro, di habitat. (Cancellieri, 2008, p. 232, 233)

Giordano prosegue infatti dicendo:

... spero di riuscire ad arrivare comunque ad una vita più normale diciamo che so, con un lavoro, una famiglia e tutto... [il CD] lo vedo come una cosa che ho intenzione prima o poi di lasciare per appunto avere risorse.... se arrivo ad avere un lavoro normale e lavori quaranta ore la settimana poi non ce la fai... comunque resterò sempre legato alla gente che ho conosciuto qua...

E inevitabilmente anche a quei luoghi.

3.2 “Qui c’è un vertice...” Operatori, gerarchie e forme dell’organizzare

Gli abitanti principali delle organizzazioni per la salute mentale sono i vari ceti professionali che vi fanno parte, medici psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali, operatori socio sanitari. Ciascuno ha una propria formazione e riferimenti professionali differenti e, tranne gli psichiatri, proviene spesso da ambiti diversi dalla psichiatria. Molti educatori, ad esempio, hanno esperienze lavorative nelle organizzazioni per la disabilità, alcuni psicologi hanno lavorato in comunità educative per bambini e bambine, molti infermieri hanno fatto diverse e esperienze prima di approdare alla psichiatria. Un’educatrice del centro diurno di cittàJ racconta:

... io ho lavorato nell’handicap... il mondo dell’handicap è molto molto più aperto della psichiatria, sembra impossibile... proprio all’interno dei servizi tra medici, per esempio il rapporto che io avevo con i medici, con la psicologa³⁵ era molto diverso da quello che ho qui... (Laura, educatrice cittàJ)

³⁵ Nelle organizzazioni per la disabilità il ruolo dello psicologo è comparabile, per responsabilità e posizione gerarchica, a quello della psichiatra nei servizi per la salute mentale.

Per molti di loro quindi le competenze in ambito psichiatrico si acquisiscono attraverso il fare. Ho usato il termine “psichiatria”, e non salute mentale perché questa è la rappresentazione che gli attori danno del loro lavoro cioè l’essersi inseriti in un campo, quello psichiatrico e non il far parte di un campo di per sé multidisciplinare come potrebbe essere quello della salute mentale. Come ho presentato poco sopra la distinzione tra psichiatria e salute mentale, la rappresentazione condivisa è che la psichiatria si è aperta alla multi professionalità e psicologi ed educatori hanno ruoli secondari più che differenti. La ricerca sul campo riporta quindi la rappresentazione di servizi per la salute mentale che hanno come centrale la psichiatria, il nocciolo di cui parla Fasolo (2007), “addizionata” dalle altre professionalità, ciascuna con le sue peculiarità, anche stereotipizzate.

Un piccolo libricino per bambini (età consigliata 8-9 anni), *Il matto volante* di Roberto Piumini, racconta la storia di un matto che, fuggito dal manicomio, si unisce ad uno stormo di aironi gialli e...

Oltre ad essere un racconto simpatico, presenta alcuni stereotipi legati alle professioni della psichiatria. Ed è interessante anche perché aggiunge, alle professioni già citate, quella del cuoco, figura che, come gli addetti alle pulizie, hanno un ruolo spesso molto rilevante all’interno delle organizzazioni perché presenti senza mandati formali verso gli utenti, con i quali però instaurano spesso relazioni significative. In realtà essi sono le prime figure di esterni all’interno delle organizzazioni per la salute mentale. Queste figure si relazionano con gli utenti in modo spontaneo, "da amici" senza barriere fisiche e di ruolo troppo forti. Spesso per loro il valore della riservatezza e del rispetto della confidenza esiste, rimando fuori dal meccanismo che coinvolge gli operatori secondo cui ogni informazione è utile e quindi da condividere con i colleghi. Con questi tipo di figure molti utenti si sentono di instaurare rapporti di fiducia umana, diversi da quelli che instaurano con gli operatori. Con gli operatori, che, usando le parole di Antony Giddens (1990), sono “sistemi esperti”, si instaurano rapporti di fiducia basati sulla fiducia nel sistema, essi quindi sono l’anello di congiunzione tra la persona e il sistema che loro rappresentano. Figure come i cuochi o gli addetti alle pulizie costituiscono spesso con gli utenti una "catena di cooperazione" invisibile all’interno del contesto organizzativo (Bruni, 2003) come fare piccoli favori o mediare alcune situazioni con gli operatori³⁶. Spesso le organizzazioni non fanno riflessività rispetto a queste figure. Ecco come Roberto Piumini ci racconta la sua storia:

³⁶ In questo lavoro non ho preso in considerazione queste figure all’interno delle organizzazioni, sulle quali mi sono invece soffermata in un lavoro precedente (Carraro 2004). In quell’occasione ho potuto osservare, ad esempio, come la signora delle pulizie fungesse da sostituta degli infermieri per brevi momenti nel sorvegliare i pazienti, svolgesse alcuni favori a pazienti “conosciuti” ma anche instaurasse relazioni significative con i pazienti. Nell’SPDC in cui ho svolto l’osservazione era presente da alcuni anni un paziente, Paolo, che era per l’équipe fonte di grandi tensioni e preoccupazioni. Con lui Maria, la signora delle pulizie, aveva una relazione privilegiata tanto che gli

All'ospedale si erano accorti della fuga e prepararono una spedizione per portarlo indietro. Un medico, un infermiere, un cuoco, uno psicologo e un sacerdote salirono su un elicottero.[...] Ma il medico disse: "io soffro il mal d'aria, perciò non posso venire"... al suo posto salì il pilota, e l'elicottero salì in cielo rombando. "Se siamo già in cinque col pilota, - disse il cuoco - come potrà starci anche il matto fuggito?" Ma nessuno gli dette ascolto, e il cuoco non insistette, dato che gli altri avevano studiato, e certo sapevano meglio di lui cosa bisognava fare. Intanto l'elicottero girava in tondo, perché il pilota non conosceva la rotta. "Bisognerà prendere una direzione!" - gridò ad un certo punto nel rombo del motore. "certo! - disse il sacerdote - chi ha proposte da fare?". "Io no," - disse l'infermiere, perché non era specializzato. "tu psicologo, lo dovresti sapere dove vanno i matti che scappano!" - disse il cuoco. "è andato senza dubbio dove vanno gli aironi gialli, no? - rispose lo psicologo con una smorfia - Dato che crede di essere un airone giallo!" "e dove vanno gli aironi gialli, in questa stagione?" [...] "Mio caro reverendo, - sbuffò lo psicologo - io sono uno psicologo, non un ornitologo!" "e io sono un cuoco, però lo so, - disse il cuoco - gli aironi gialli, in questa stagione, vanno a sud-est!" "sì, è possibile", - fece lo psicologo, e il pilota lanciò l'elicottero in quella direzione: aveva un po' di ritardo da recuperare. [...] "Eccolo là! - gridò per primo l'infermiere. [...] "Digli tu qualcosa, infermiere, - disse lo psicologo - mentre io preparo un intervento adatto." Allora l'infermiere prese il megafono e vi gridò: "hei, figliolo, non ti sei sfogato abbastanza? Lo sai che è l'ora del tuo calmante! Avvicinati piano piano, Sali a bordo e non parliamone più!". "Parlo io adesso" - fece lo psicologo. "no, tocca a me!" - obiettò il prete. Mentre i due laureati si azzuffavano, il cuoco prese il megafono e gridò: "ehi, matto, non senti appetito? È quasi un'ora che sei in volo, e non hai mangiato niente! Giù all'ospedale, sai, ho preparato delle polpette da far venire l'acquolina ai santi! e domani, se il dottore te la lascerà mangiare, preparerò torta al mirtillo!" [...] Intanto il prete aveva vinto la lotta con lo psicologo, dato che, avendo letto libri più pesanti, aveva le braccia più robuste. Acchiappò il megafono e gridò con voce pacata: "fin dai tempi antichi, caro malato, l'uomo si illuse di poter volare. Nota è la vicenda di Icaro, che volle salire al sole, e precipitò! La vanità è dunque un vento che porta alla perdizione. Fermati, caro malato: gli uomini non sono angeli!". Niente. Il matto andava e andava. Aggiustandosi la giacchetta stropicciata nella lotta, lo psicologo fece linguaccia al prete, e prese il megafono: "tu non sei un airone giallo - annunciò - tu sei un uomo, come me, come il pilota di questo elicottero. Pensa a quando eri bambino: non abitavi in un nido, ma in una casa di mattoni, e

infermieri spesso le chiedevano una collaborazione per superare le resistenze di Paolo, ad esempio, nel mangiare.

andavi in bicicletta. Gli aironi, da piccoli, non vanno in bicicletta. Ricordi cos'era tuo padre? Era un ferroviere, ricordi? I figli dei ferrovieri non sono aironi gialli, sono uomini. Allora vieni qui, accostati, Sali sull'elicottero. Non puoi continuare a lungo così: ti stancherai, cadrai, ti farai molto male. Vieni sull'elicottero, e ti farò vedere come si pilota. Non vuoi venire a vedere come si pilota l'elicottero? Il matto andava e andava, spostandosi più in alto per togliersi da quel fastidio. "Attacchiamolo! Acchiappiamolo!" urlò lo psicologo all'improvviso, facendo bollicine di schiuma dalla bocca. "non si può! – disse il pilota – se ci finisce nel giro delle pale caschiamo giù tutti come fringuelli sparati!". "Seguiamolo finché avrà fame e stanchezza, - propose il prete – Allora lo prenderemo". "Non abbiamo abbastanza benzina." – disse il pilota. "Sentite – fece il cuoco – perché non gli andiamo sopra e lo accalappiamo con una corda a cappio?". "Ma sicuro! – gridò lo psicologo – tra l'altro, sarebbe anche un intervento corretto dal punto di vista psicologico!"...

Questa storia, con un matto che vola, ha molte similitudini con la vita quotidiana degli operatori per la salute mentale. Naturalmente le considerazioni presentate non sono frutto di un'accurata ricerca empirica ma si basano casomai sul senso comune e gli stereotipi appunto. Ma vediamo che qualcosa delle organizzazioni per la salute mentale, corrisponde...

Il medico (psichiatra) è il primo a defilarsi, lui, nei momenti del "fare" non c'è.

... e il medico decide anche il colore delle scarpe che il paziente deve portare – questo a me piace dirlo – o il numero delle sigarette che il paziente deve fumare... tu che ce l'hai in gestione che lo vedi nervoso perché magari da un pacchetto è passato a 10 però lui ha detto 10 e rimane 10... questo succedeva in manicomio... (Angela, educatrice cittàJ)

Lo psichiatra rappresenta il potere decisionale che si cala dall'alto, "scende in campo" non è già dentro il campo come gli operatori che "hanno in gestione" il paziente.

Poi c'è il cuoco, con la sua saggezza popolare e la sua pragmaticità, che si autocensura perché lui non ha studiato, non ha un ruolo "terapeutico" quindi tanto vale esporsi. Questa modalità rispetta le gerarchie in modo rigido non consentendo all'organizzazione di crescere e apprendere dall'imprevisto, sia esso legato ad una situazione come ad una persona, come l'infermiere che non sa come comportarsi "perché non è specializzato". Tutto va come deve andare, come previsto ma

dobbiamo abituarci a pensare che i casi particolari sono degli strumenti che ci aiutano a uscire dalle cornici che diamo per scontate e alle quali ci affidiamo e possono essere utilizzati come delle occasioni fondamentali per l'ascolto attivo. (Sclavi, 2000, pp. 56-57)

Nella storia di Piumini non c'è senso di cooperazione, di équipe. Ciascuno riporta all'altro cosa dovrebbe fare e sapere, scaricando di fatto la responsabilità e il peso delle decisioni.

Raggiunto il matto volante lo psicologo si prende del tempo e lascia che sia l'infermiere ad interagire con lui per primo, proponendo lo schema sanitario del "calmante". Lo stesso fa il cuoco, con l'aspetto culinario che lo contraddistingue e poi lo psicologo, che, "aggiustandosi la giacchetta stropicciata" inizia un soliloquio sull'accettazione della realtà.

Ma poi, improvvisamente, avviene qualcosa di inaspettato: nell'indecisione sul da farsi la proposta più rapida e semplice ma anche violenta, presa dal cuoco cioè dalla pragmaticità in persona, viene accettata come buona dallo psicologo che addirittura la fa propria rivendicandone la correttezza dal "punto di vista psicologico". È quello che accade quando, ad esempio, viene utilizzata la contenzione fisica, la soluzione immediata, che può risolvere la situazione di incertezza, di crisi, è quella che viene adottata lasciando da parte ciò che si sa sugli effetti negativi di quella pratica. Il tema della contenzione non sarà affrontato in questo lavoro, pur essendo una pratica ancora molto diffusa in alcuni SPDC italiani e che solleva importantissime questioni riguardo la rappresentazione del disagio psichico. È una sorta di situazione limite ma che ci mostra la mancanza o esiguità dei processi di riflessività all'interno delle organizzazioni che si manifesta, in mancanza di un "pensiero organizzativo" su come gestire le situazioni di crisi, con decisioni "di forza" dettate dall'urgenza di ripristinare l'ordine piuttosto che immaginare soluzioni più adatte. Ciò non significa che questa pratica sia svolta a cuor leggero, senza tensioni e ripercussioni sulle storie individuali di chi le mette in atto (Carraro, 2004) ma per lo più vengono viste come, purtroppo, inevitabili perché "non ci sono alternative".

Le figure professionali della storia "Il matto volante" sono cariche di stereotipi ma alcune delle caratteristiche di ciascuno sono rintracciabili anche negli attori protagonisti di questo studio.

Addentrando ad un livello più profondo nel campo di ricerca, manterrò uno sguardo alle professioni, proprio per la rilevanza che hanno, ma spostando l'attenzione alle équipe: come sono costruite e come gli attori vi partecipano, affrontando tematiche quali la fiducia, il potere, la costruzione dell'oggetto di lavoro che hanno inevitabilmente a che fare con gerarchie e leadership organizzative.

...ho capito subito dalla prima riunione di come il potere del medico sia... la prima cosa che mi è saltata all'occhio... per dire... si discute del caso di una persona che non esce da tantissimo da casa... "guardi dottoressa - dico - non è vero, l'ho vista al centro commerciale... a comprare della roba" "no no, non è vero, anche la famiglia mi ha detto che è mesi e mesi che non esce e qua e là", "no ma guardi... che l'ho rivisto comprare cassette di musica all'Aliper", "non è vero... io sono il medico, questa persona non

esce"... ti giuro... è venuto fuori che in relazione, se io dicevo che usciva e lei no, non usciva!... questo a me fa male un pochino... al paziente un tantino eh!... (Laura, educatrice cittàJ)

Le rappresentazioni si costruiscono sulla base di stereotipi acquisiti, così probabilmente Roberto Piumini ha costruito la sua storia "il matto volante". Ma le rappresentazioni delle professioni per la salute mentale si costruiscono, soprattutto per chi è egli stesso un professionista della salute mentale, attraverso l'esperienza, la pratica quotidiana. Ecco che ciò che gli operatori raccontano diventa estremamente interessante: innanzitutto per cogliere se e come la specifica professionalità venga utilizzata dagli attori per categorizzare le pratiche e descrivere le dinamiche interne all'organizzazione. Fare riferimento alla professione, propria e degli altri, può suggerire che manchi una condivisione comune che si basi sul fatto di fare parte della stessa équipe e della stessa organizzazione che lavora congiuntamente per finalità comuni ma che invece si basi maggiormente su una divisione dei compiti sulla base di un criterio solido e condivisibile come quello delle professioni. Avremo quindi chi parla dei propri colleghi intendendo tutti i componenti delle équipes multiprofessionali, chi invece intenderà con colleghi chi condivide la stessa formazione professionale. La citazione riportata poco sopra riporta un esempio di questo secondo caso, in cui l'intervistato ci disegna una netta separazione tra ruoli sulla cui base si costruisce l'interazione. Non è quindi l'esperienza, la modalità attraverso cui un attore costruisce un'opinione o riporta dei fatti, ma a quale gradino della piramide delle professioni appartiene: se è quelle medica vale di più.

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

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

Secondo Elliot Jaques (1989) le organizzazioni hanno in sé un carattere di indispensabilità (*requisite organization*) proprio per il fatto che rendono possibile la

creatività e l'innovazione, la libertà e l'indipendenza attraverso limitazioni ed opportunità. L'organizzazione indispensabile è organizzata tramite

scale gerarchiche di responsabilità: sono sistemi organizzativi verticali che servono a far eseguire un lavoro. Il lavoro e le responsabilità ricadono a cascata da un livello all'altro, e si forma un sistema organizzativo stratificato. Il lavoro produce senza interruzioni risultati. (id., p. 34)

L'organizzazione è strutturata quindi necessariamente, in modo gerarchico e questo, sempre secondo Jaques, non è affatto un elemento limitante e negativo come il termine erroneamente utilizzato per indicarlo, "burocrazia", lascia intendere. Le scale gerarchiche di responsabilità sono uno degli strumenti attraverso cui le organizzazioni si possono "organizzare".

Nel campo della salute mentale la rappresentazione della gerarchia tra operatori è molto simile a quella raccontata dall'operatore di cittàJ poco sopra: al vertice c'è lo psichiatra, sempre, questa è una certezza. Poi, ma questo dipende molto dal tipo di servizio specifico del DSM, c'è lo psicologo oppure l'infermiere. Lo psicologo è responsabile dei centri diurni, mentre gli infermieri – i così detti caposala – sono coordinatori\referenti dei CSM dove invece il responsabile è uno psichiatra. Questo aspetto è interessante perché una struttura centrale nei DSM come il CSM, mantiene un vertice prettamente sanitario, continuando infatti a chiamare la coordinatrice caposala – termine ospedaliero – esplicitando così la sua appartenenza professionale. A capo invece dei centri diurni, cioè le strutture dedicate alla riabilitazione, troviamo, in linea di massima, gli psicologi, coadiuvati dagli educatori.

Gli (ma sarebbe meglio dire, le) assistenti sociali invece hanno posizioni differenti nei vertici organizzativi: in alcune strutture dei DSM (come a cittàX e cittàJ) sono figure stabilmente presenti nei servizi e quindi con un peso molto rilevante, in altre strutture invece, fanno parte delle équipes ma hanno più una funzione di congiunzione tra l'organizzazione per la salute mentale e l'organizzazione dei servizi sociali.

Durante l'intervista al direttore del DSM di cittàB, ad esempio, è intervenuta, grazie ad accordi precedenti con il direttore, l'assistente sociale per darmi informazioni a completamento dell'intervista. A cittàX poi, è stata un'assistente sociale a farmi da gatekeeper all'interno delle attività riabilitative. A cittàW invece, non l'ho mai incontrata né mi è stata nominata.

... l'assistente sociale serve molto di più dell'educatore... questo lo si vede a livello di spazi, lo si vede... adesso lo dico così ma l'assistente sociale ha il computer, noi qua no... come risorse proprio... (Angela, educatrice cittàB)

Come al vertice, anche la base rimane una certezza, costituita dagli operatori socio sanitari che assieme agli educatori "gestiscono" le attività quotidiane con

l'utenza. Come già detto, gli educatori hanno, in alcune strutture dei servizi, una posizione di coordinamento – nei centri diurni, ad esempio di cittàX e cittàJ – ma comunque la maggior parte lavora insieme a operatori socio sanitari ed infermieri nella quotidianità delle attività riabilitative.

In una scala gerarchica di responsabilità – per citare sempre Jaques – diventa fondamentale come le persone si giocano il proprio ruolo e la propria posizione. Condizione indispensabile per “giocare” è avere un “margine di libertà” (Crozier, Friedberg, 1977), di “poter fare” (Gherardi, 1990), di “discrezionalità” (Jaques, 1970). Ciascuno di questi termini, pur sembrando sinonimi, di fatto fa emergere dimensioni differenti della stessa situazione.

Una prima è il potere. Per Crozier e Friedberg (1977) il potere si riduce essenzialmente a relazioni asimmetriche tra attori e gruppi di attori, ed è condizionato da una distribuzione ineguale delle risorse. Oltre a definire il potere come dimensione fondamentale ed ineluttabile di ogni relazione sociale, gli autori dicono che

il potere risiede... nel margine di libertà di cui dispone ognuno dei partner impegnati in un rapporto di potere, cioè nella possibilità più o meno grande di rifiutare ciò che l'altro richiede. (id., p 46)

Il margine di libertà di cui parlano Crozier e Friedberg permette agli attori di realizzare i propri obiettivi e quindi di prendere decisioni che li possano attuare anche se, precisano, non necessariamente chi possiede margini di libertà eserciterà poi un potere.

Nelle organizzazioni per la salute mentale (ma non solo) il margine di libertà riguarda la possibilità di prendere decisioni. I “processi decisionali” sono situazioni, spazi e tempi dell'organizzazione attraverso i quali avviene la costruzione di decisioni organizzative. Analizzare come avvengono i processi decisionali all'interno di un'organizzazione necessita l'utilizzo di una cornice ampia, ciò significa considerare il nostro oggetto come parte di un sistema complesso. Riguardo cosa sia la decisione organizzativa, Silvia Gherardi (1990) parla d'interdipendenza del processo decisionale, tra decisione, decisori e dinamiche organizzative. Quello che permette di aprire e chiudere il cerchio è l'analisi della situazione dei decisori in relazione alla situazione, inoltre:

il tempo della decisione [...] è il presente come luogo di esistenza del quotidiano e di continuità fra passato e futuro. Il tempo del quotidiano è il tempo della riproduzione e della continuità, è nel quotidiano che si prendono decisioni che riaffermano le premesse decisionali preesistenti (che a loro volta riproducono la struttura data) oppure decisioni che non le riconoscono come valide e ne producono di nuove (e nella struttura viene inserito il mutamento) [...] la dimensione della decisione viene formandosi entro i processi organizzativi del making sense della situazione [...] nelle

dinamiche del potere sia come controllo della volontà altrui, sia come capacità di poter fare. (id., p. 10)

Anche per Gherardi quindi, analizzando i processi decisionali si possono svelare le nicchie di potere, non solo come potere “su” altri ma anche come “poter fare” e quindi utilizzare il margine di libertà nell’organizzazione.

Jaques invece, parlando di discrezionalità, punta l’attenzione sulla dimensione dell’imprevisto e quindi la discrezionalità di cui parla ha anch’essa a che fare con il potere di fare, di agire, ma ciò che l’autore vuole mettere in risalto non è il potere che da essa ne deriva quanto la difficoltà nel gestirla.

Nel lavoro, l’essenza dell’attività è l’esercizio della libertà di scelta (discrezionalità)... come ho avuto modo di imparare, in rapporto alla misurazione del lavoro, l’esperienza psicologica di sforzo nel lavoro giace soltanto nell’esercizio della discrezionalità. Per esempio, come insegnante voi conoscete la durata di tempo per certe lezioni, conoscete il materiale specifico che deve essere preparato... Ma aiutare un particolare scolaro a progredire in un particolare argomento di fronte a una difficoltà, questo è un problema che deve essere affrontato di nuovo ogni volta. [...] La sensazione è di incertezza e di disagio. Non possiamo esprimere a parole cos’è che stiamo prendendo in considerazione nel fare ciò che stiamo facendo, e in quel senso non sappiamo se ciò che stiamo facendo ci porterà dove vogliamo andare, se otterrà il risultato che noi vogliamo ottenere. Noi giudichiamo di sì, pensiamo di sì, ma non ne siamo sicuri, e soltanto il tempo lo dirà. (Jaques, 1970, pp. 139-141)

Secondo Jaques è fondamentale acquisire familiarità con l’ansia che accompagna lavoro e creatività, e con le difficoltà emotive dell’“esame di realtà”, in particolare dell’esame di realtà delle nostre capacità personali. E l’unico modo per affrontare il problema in modo adeguato è liberarsi dalla collusione (inconsapevole) diretta a cercare rifugio nel noto, nella certezza del conosciuto in confronto all’incertezza del mondo reale.

All’interno delle organizzazioni per la salute mentale diventa cruciale come è distribuito il potere decisionale perché esso non ha una sola direzione, dall’alto della gerarchia verso il basso: se il margine di libertà (e quindi delle risorse spendibili) è a disposizione dei livelli più bassi della gerarchia, essi esprimeranno il potere decisionale e questo varrà nei confronti dei superiori. Come quando gli infermieri adottano misure restrittive sulla quantità del cibo che gli utenti possono consumare, e questo attiene al margine di libertà rispettato dai livelli gerarchici superiori quindi lo psichiatra non entrerà nel merito. Diversamente, in assenza di margini decisionali, le dinamiche relazionali alla base della gerarchia con l’utenza saranno stridenti rispetto a quelle tra il vertice della gerarchia e gli utenti, producendo messaggi contraddittori:

è come quando i ragazzi [mi dicono] “mi ha invitato un amico non vengo domani all’attività, mi ha telefonato un amico che mi ha invitato a fare una gita” [dico io] “madonna! Bello, bellissimo!” [e loro] “eh no ma prima è meglio che senta il medico, è meglio che mi metta di là... [davanti all’ambulatorio] devo sentire”... quindi... hanno la famiglia che gli dice cosa devono e non devono fare e poi hanno il medico che li autorizza... e finché non hanno l’autorizzazione... (Teresa, educatrice cittàB)

tutto rimane fermo.

Ponendo su un continuum le due modalità estreme abbiamo da un lato un vertice rigido, che isola il potere decisionale nelle proprie mani bloccando quindi i flussi relazionali, informativi oltre che di potere. Dall’altro abbiamo un vertice che permette al potere decisionale di “scendere le scale gerarchiche”. Questa rappresentazione mette in primo piano i vertici gerarchici come motori o freni del processo decisionale. Ma anche i livelli gerarchici più bassi hanno responsabilità nella definizione della situazione. Vedremo nel prossimo paragrafo, parlando delle dinamiche di équipe, come.

“Movimenti” tra leadership ed équipe

Dopo aver introdotto lo schema di base dell’organizzazione degli operatori in un servizio per la salute mentale, possiamo avventurarci nell’esplorazione della leadership e di come si relazioni nei confronti degli altri attori. Ci concentriamo quindi sul vertice della scala gerarchica di responsabilità.

Il presupposto della leadership è l’influenza, una proprietà di qualsiasi interazione che, in questo caso specifico, si realizza sia in termini di potere che di persuasione.

Un leader non è solo un capo, una testa (come nella traduzione inglese *head*) razionale ma anche una guida “emotiva”. Quindi esercita sia un potere “razionale” che una persuasione che possiamo chiamare “emotiva”, ovvero che agisce sulla sfera, molto complessa, dell’emotività. Risveglia emozioni profonde nel modo in cui si pone - anche con il corpo - in relazione, per gli strumenti che utilizza (artefatti dei sistemi esperti come abiti, linguaggio, capacità relazionale...).

La leadership è una forma particolare di influenza. È quella in cui una persona, il leader, influenza un’altra o varie altre, i seguaci, disposti ad accettarne gli scopi e le finalità e a procedere tutti nella direzione da lui indicata, affermando la sua autorità grazie alla forza di convinzione. (Jaques 1989, p. 294)

Secondo l’autore infatti, la leadership che “funziona” in un’organizzazione è quella che combina l’esercizio dell’autorità – come forma del potere – e della spinta

entusiastica come forma della persuasione. Riferendoci quindi alla dinamica relazionale tra leadership e subordinati, abbiamo due dimensioni interconnesse:

1. riconoscimento di un potere come legittimo – autorità;
2. adesione partecipata – persuasione.

Uno degli attori intervistati, uno psichiatra dice:

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

Queste parole sono di uno psichiatra, responsabile di alcune strutture di cittàW. Lui è un leader consapevole, del proprio elevato grado di responsabilità non solo come “rispondere di” ma soprattutto di guida nella condivisione del lavoro. Questa consapevolezza mi sembra una condizione che “fa la differenza” tra una modalità di identificazione nel ruolo e una di distanza dal ruolo, in senso goffmaniano, del leader. Solo nella seconda ci può essere condivisione “del senso del lavoro”, nella prima, casomai, c'è esercizio di potere coercitivo.

Una delle dimensioni della condivisione è il piacere nella relazione:

... vedo che c'è il gruppo di lavoro con il quali io ho costruito un percorso, che riesce a percepire la fatica che ha fatto con certi pazienti e riconoscere di avere fatto questo percorso e io so che con queste persone ho portato avanti un pezzo della mia vita professionale, ho ancora adesso delle grandi soddisfazioni... ho ancora dei momenti in cui mi piace stare con gli operatori, mi piace stare con le persone con le quali ho fatto un pezzo della mia vita professionale, perché vediamo che riusciamo ad avere dei risultati, tenendo conto che purtroppo c'è una fascia di utenti con... la quale dobbiamo confrontarci e che non ci dà tutte le risposte che vorremmo... che vorremmo portare avanti [...] le cose che mi piacciono è il sapere che l'utilizzo che io posso fare del potere, che mi viene dato dalla funzione gerarchica, è un potere che ha un significato centrato sull'etica interpersonale nel senso che il governo dei processi che io riesco a gestire con una funzione di tipo gerarchica mi permette di costruire... delle relazioni che si basano sulla presa in carico dei bisogni della persona con i risultati che si dicevano prima no, che non sono puntiformi come delle volte sembra... (direttore DSM cittàY)

Nella piacevole condivisione delle fatiche e delle soddisfazioni, l'esercizio del potere che viene dalla struttura gerarchica dell'organizzazione, sembra essere funzionale al raggiungimento di obiettivi relazionali oltre che di “presa in carico”.

In questo modo si pone in rilievo come le differenze di ruolo, gerarchiche, professionali, non siano altro che delle costruzioni, delle categorie separate che però i

soggetti stessi hanno possibilità di per-formare per co-costruirle. Il leader di un'organizzazione è colui il quale ne determina "la politica", la cultura che si costruisce attraverso la condivisione di esperienze comuni come la condivisione di problemi e la ricerca di soluzioni, i tentativi riusciti e quelli falliti (Schein, 1985). Attraverso le sue modalità di interazione e le pratiche attivate il leader organizzativo, come nel brano sopra riportato, attraverso il suo "stile di lavoro" partecipa alla costruzione della cultura organizzativa condividendo questa esperienza con altre persone, altri attori che riflettono sul "senso che ha il lavoro che stiamo facendo".

La leadership, partecipando alla costruzione della cultura organizzativa, lo fa sia in termini relazionali sia apportando modifiche alle routine., creandone di nuove, mobilitando il personale e sostituendolo, modificando la struttura preesistente delle équipes nei suoi componenti. Il direttore di cittàY parla delle équipes a cui partecipa nel suo servizio e del ruolo che egli ha e ha avuto al loro interno:

... ci troviamo a parlare di una situazione, di un caso specifico, dove discutiamo del percorso che abbiamo fatto sia a livello di... audit clinico si chiama cioè la gestione di un caso... seguito dal servizio... con una mini equipe si chiama territoriale... cioè per ogni CSM, ogni medico ha un'area di riferimento territoriale - qui passiamo all'organizzazione no...- e una cosa che non c'era qui... ho un po' costruito qui insieme ad un gruppo di persone una presa in carico territoriale abbastanza incisiva dove c'è il medico di riferimento, lo psicologo, un'assistente sociale, un gruppo di infermieri con un educatore... si discute settimanalmente dei casi più importanti e più impegnativi dal punto di vista della presa in carico... c'è una discussione di un'ora e mezza circa settimanale e lì si vedono i percorsi e le possibilità evolutive che può avere una persona... tenendo conto di una visione del paziente a tutto tondo che parte dalla presente carico medica e farmacologica, che è fondamentale a una declinazione poi della terapia in un percorso di tipo territoriale e di integrazione, che vanno dal centro diurno, ai lavori protetti, agli inserimenti lavorativi, alla gestione del tempo libero, ai rapporti con i familiari, ai gruppi di auto-mutuo aiuto insomma per cui... la visione è un po' complessa del lavoro psichiatrico... a tutt'oggi vedo che mi dà dei risultati che non mi sarei aspettato proprio perché si mettono in gioco delle risorse che hanno a che fare anche con... le differenze generazionali... cioè io vedo che è estremamente importante che in un'equipe ci siano i vecchi parrucconi come me ma che ci siano anche delle persone giovani che partecipano... (direttore cittàY)

Nella rappresentazione di questo direttore, la costruzione dell'équipe appare da subito come un processo relazionale in cui non ha agito unicamente la sua autorità ma anche la spinta di entusiasmo e disponibilità degli altri operatori suoi subordinati. Inoltre, esplicitando i punti di forza di queste équipes, cita le differenze (generazionali) riconoscendole come valore e pur essendo protagonista nel definire la

sua “impronta”, la collaborazione degli “altri” è indispensabile alla realizzazione del suo disegno. Nella costruzione di una équipe quindi, la dimensione relazionale appare fondamentale e le difficoltà incontrate da alcuni psichiatri al loro arrivo in un nuovo servizio ne rendono conto:

A: da quanto lavora qui?

D: dal 2001...

A: questo riattivare o attivare connessioni tra vari servizi che prima non c'erano, tra operatori che magari non si conoscevano...

D: ... mah, direi che è stato graduale... difficile nella misura in cui uno tende poi ad andare avanti per inerzia... nell'istituzione se vai avanti per inerzia qualsiasi cambiamento buono o cattivo sembra la fine del mondo... poi nel momento in cui lo proponi... "finora ho fatto così, continuerò sempre a fare così"...mi sembra più questa la difficoltà... anche nella maggior comunicazione tra qui e il piano di sotto dove ci sono gli infermieri [centro diurno]... qui siamo separati e continuiamo a rimanere separati... qui ci sono ambulatori, medici, psicologi, al piano di sotto c'è il centro diurno... ma è come fossero... terrore che se aprivi le comunicazioni venissero un sacco di domande da parte degli infermieri, dei pazienti, cosa che non è stata insomma... è banale ma non c'era, la riunione del centro di salute mentale con tutti gli operatori presenti... che è una cosa banale, ma non si faceva... con gli infermieri i medici, gli assistenti sociali ecc... (direttore cittàL)

La struttura dell'équipe, e quindi chi partecipa, quanto spesso, dove... ha poi a che fare con il “come” si fa équipe. Anche questo aspetto dipende in larga misura dalla leadership. Può costruire le riunioni come dei luoghi/momenti dedicati in cui tutti gli operatori si prendono il tempo sufficiente perché avvenga un'esperienza, necessari perché

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

Emergono in queste parole fatiche e pesantezze del lavoro nei servizi e quindi la fondamentale importanza dell'équipe come spazio e tempo (quotidiano) per riprendere fiato, per non contare solo sulle proprie forze ma accogliere le enormi difficoltà del lavoro che si svolge e trovare supporti saldi con cui confrontarsi. In questo caso la guida nella difficoltà del lavoro quotidiano è svolta dal leader che, consapevolmente, agisce la propria responsabilità non solo nel “rispondere di” ma soprattutto di guida nella condivisione del lavoro. Questo responsabile di équipe di uno dei centri diurni di cittàX, agisce il *working-through*:

ci si aspetta che il gruppo acquisisca una maggiore capacità di sopportare inizialmente penose introspezioni di fenomeni quali la ricerca di un capro espiatorio, la rivalità, la dipendenza, la gelosia, il senso di inutilità, l'abbattimento; che acquisti dunque una maggiore competenza nell'occuparsi efficacemente dei difficili problemi che si riscontrano nella realtà. Quando parliamo di un gruppo che effettua il working-through di un problema, intendiamo assai più di ciò che comunemente si vuol dire dicendo che si è discusso ampiamente un problema. Si vuol dire che si è fatto un serio tentativo per dare espressione a difficoltà non identificate, spesso "tabù" da un punto di vista sociale, che hanno impedito di portare avanti qualsiasi compito. Implicito in ciò è la consapevolezza del gruppo che nel suo interno esistono tensioni che ne riducono l'efficienza... (Jaques, 1951, pp. 351-352)

È un processo molto complesso e di difficile analisi ma ho avuto l'opportunità di osservarne un esempio durante una delle osservazioni in questo centro diurno. Dopo aver intervistato il responsabile, egli stesso mi ha chiesto se mi interessava partecipare alla quotidiana riunione d'équipe per rendermi conto di quello che mi aveva raccontato. È stato molto utile:

... entro con il dottor Giallo in una stanza al primo piano vicino a dove gli infermieri distribuiscono i farmaci. Entra molta luce dal finestrone corto ma lungo tutta la parete di destra. Tanti operatori sono seduti a formare un grande cerchio, sono davvero tanti, saranno quindici e alcuni non li ho mai visti. Mi siedo vicino a dottor Giallo e vedo alcune facce che mi guardano sorpresi, c'è chi mi chiede il mio nome e altri si informano dai vicini di cerchio. Terminato di chiedere a Roberta [coordinatrice del CD] se manca qualcuno il dottor Giallo mi presenta brevemente dicendo che sto facendo una ricerca e che lui mi ha chiesto di partecipare a questa riunione. [...] Francesca (infermiera) racconta di Sara e Paolo che hanno avuto un avvicinamento nell'ultimo periodo e Sara si è rivolta a lei per raccontarle alcune cose successe con Paolo. Altri operatori intervengono aggiungendo particolari così che dopo un po' diventa chiara la situazione. È stato come se avessero messo insieme i pezzi di un puzzle e la visione è diventata completa e non più frammentata. Mara chiede la parola per dire della sua difficoltà con Sandro. Ne parla in termini negativi mettendo in rilievo la sua violenza e arroganza e altre operatrici intervengono per sostenere questa rappresentazione. Quando il dottor Giallo prende la parola chiede a Mara cosa prova quando ha a che fare con Sandro e lei fa una pausa silenziosa in cui sembra pensare... mi sembra imbarazzata ma il clima è accogliente, sembrano abituati a domande di questo tipo. Mara dice che Sandro la indispette molto, la infastidisce il modo che ha di comportarsi con le donne. Il dottor Giallo chiede agli altri operatori se conoscono la storia di Sandro e iniziano come prima a comporre il puzzle. Roberta ad un certo punto si alza per andare a prendere la cartella

clinica di Sandro e quando torna la legge ad alta voce. Durante tutto questo c'è partecipazione, un po' rumorosa e coinvolta. Dalla lettura della storia di Sandro il dottor Giallo chiede a Mara e alle altre operatrici che sono intervenute dicendo di avere un rifiuto simile verso Sandro, di provare a ripensare a lui attraverso quello che ora sanno (le sue esperienze negative con le donne della sua vita ad iniziare dalla madre) e discutono insieme dei modi con cui relazionarsi da quel momento. Prima di chiudere l'argomento e passare ad altro il dottor Giallo chiede "Mara, te la senti di provare a fare questo?" con voce morbida ma ferma e lei risponde di sì... [...] Sono molto colpita da questa riunione, non mi era mai capitato di assistere ad una riunione così "terapeutica", introspettiva. È stato strano, non sembrava di essere in un centro diurno ma piuttosto in un gruppo psicoterapico... e infatti lo era... c'era molta disponibilità a rimanere aperti... mi ha colpito Mara perché non mi sembrava una persona attenta nel guardare dentro di sé ma ha accettato la cosa con serenità nonostante l'evidente fatica. C'era un clima di fiducia verso il dottor Giallo, il gruppo era una ruota che girava senza intoppi... (dal diario etnografico del 6 agosto 2008)

Spero di essere riuscita a rendere l'idea dell'atmosfera di questo gruppo, non semplice da rendere. Pannikar e Capra, tra gli altri, hanno riflettuto attorno al tema dell'ascolto e della capacità di modificare ciò con cui entriamo in contatto. In particolare Pannikar (1998), quando parla della preghiera "ascoltare lo Spirito" dice:

"ascoltare" in questo modo – non abbiamo ancora una terminologia adatta per esprimere quello che voglio dire -, non fermarsi a questa o a quella domanda, ma sintonizzarsi in maniera da contribuire positivamente al funzionamento dell'universo. La scienza fisica ha scoperto finalmente che l'atto dell'osservare modifica ciò che viene osservato. [...] Rendendomi attento, ascoltando il ritmo del reale, io mi inserisco in questa realtà e invio una energia che appartiene all'ordine del pensiero e che contribuisce a completare la realtà. (id., p. 88)

Può sembrare strano accostare la preghiera - per come la intende Pannikar – all'ascolto che si realizza in una équipe, ma trovo che parlare di un ascolto che "si sintonizza" "ascoltando il ritmo" e partecipando a modificare ciò che osservo abbia molto a che fare con quello che accade nelle riunioni giornaliere in questo centro diurno a cittàX. Connessioni ritmiche.

Le difficoltà del "come" si fa e si sta in équipe riguardano anche i leader che vivono anch'essi momenti di difficoltà e frustrazione. Come racconta il direttore di cittàM:

... c'è una cosa che a me da... fastidio che è la superficialità... cioè a pensare in maniera cronica si dice, cioè al venire meno dell'attenzione [...] certe volte ci troviamo in quelle situazioni

poco simpatiche in cui l'operatività sembra una cosa che ti corre dietro, no, per cui tu devi fare comunque presto perché c'è questo e quest'altro da fare, che è vero... ma non è che questa sia meno importante, perché se poi le cose passano con superficialità significano errori di non ascolto... c'è qualche difficoltà ancora a condividere, questo aspetto della comunicazione, dell'ascolto, dell'osservazione, dell'approfondimento... ecco questa è una cosa che sto cercando di promuovere (direttore cittàM)

Questo direttore, che si assume appieno il compito di dirigere, di dare indicazioni, mostra una difficoltà nella realizzazione di un obiettivo. Dicendo “questa è una situazione che sto cercando di promuovere” utilizza un sottinteso “io” che sta cercando di portare un gruppo in una direzione che evidentemente non condivide (appieno) con conseguente senso di “fastidio”.

Relativamente a questo ultimo aspetto, un'operatrice di un altro servizio di cittàY racconta invece della sua partecipazione ad un convegno a titolo di “esperienza personale” come un'occasione particolare in cui ha sentito un'atmosfera diversa nell'équipe. Questo brano ci mostra, innanzitutto la disabitudine dell'équipe ad accogliere esperienze esterne alle routine quotidiane, dall'altro rende conto del processo attraverso cui quelle stesse routine bloccano la realizzazione concreta di un momento di *effervescenza*:

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

Gli operatori, nel raccontare delle équipe a cui partecipano utilizzano alcune espressioni che esemplificano il modo in cui si percepiscono rispetto ad esse:

Modi di dire	Senso per sè
1. “hanno deciso che...”	sentirsi escluso
2. “è stato/si è fatto...”	essere parte
3. “abbiamo fatto...”	sentirsi parte

Chi riferisce di un avvenimento particolare o di una decisione presa se si sente “parte” di quel processo è facile che usi espressioni come quella nella terza riga della

tabella; sentendosi invece di “subire” decisioni prese da altri userà espressioni come “hanno deciso di” o “mi sono trovato a fare...”. Anche da semplici e informali affermazioni quali “abbiamo organizzato questa attività” o da “ci hanno detto che da oggi era così e così abbiamo fatto” si coglie quanto distante il soggetto si pone da una particolare attività e quindi quanto si senta o meno parte di essa.

Non sentirsi parte della propria équipe può essere fonte di difficoltà sia nelle relazioni con colleghi e utenti, sia rispetto al proprio ruolo organizzativo che ha strettamente a che fare con i processi decisionali di cui abbiamo parlato poco sopra.

Nei processi decisionali non è centrale tanto chi prende di fatto la decisione (solitamente chi si trova gerarchicamente al vertice ed è quindi chiamato a “dire”, ad oggettivare la decisione presa in termini formali e di assunzione di responsabilità) ma diventa fondamentale avere/sentire/percepire, per tutti gli operatori, di prendere parte ad un processo, di aver partecipato alla costruzione della decisione. Ad esempio, il tipo di attività riabilitativa da proporre ad un utente spetta, formalmente, al medico di riferimento ma il processo che porta il medico a decidere quale attività scrivere nella cartella dell’utente può essere molto differente: può coinvolgere un gruppo di operatori che insieme si confrontano sulle proprie esperienze relazionali con l’utente e sulle attività possibili, oppure può coinvolgere l’équipe come fonte di informazioni di singoli e la decisione può maturare unicamente in seno al medico che poi, la rende visibile.

In concreto non significa che le proposte di ciascuno vengano realizzate sempre, ma ciascuno sente di aver partecipato con un contributo che è stato preso in considerazione, magari non accolto appieno ma considerato, ascoltato, commentato... ad un processo che ha portato poi “chi di dovere”, chi formalmente ha il compito di indicarlo, a prendere una decisione definitiva.

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

Altri operatori raccontano all’opposto esperienze diverse, tentativi di condivisione, nella consapevolezza dei rispettivi ruoli e delle rispettive responsabilità. Questo significa che ciascuno ha un suo momento, che l’occasione

della riunione diventa uno spazio di possibile reciprocità, di partecipazione e co-costruzione del senso di ciascuno in un reciproco riconoscimento. Dalle parole di alcuni operatori emerge come sentano di condividere, di essere parte, pur con delle difficoltà, dei significati del proprio gruppo di lavoro proprio perché il senso che loro ne danno è stato accolto e messo insieme agli altri:

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

La fortuna di cui parla questa operatrice, riferendosi al gruppo di lavoro, evoca sostegno, serenità, possibilità di confronto anche attraverso la figura del responsabile ovvero di chi detiene la leadership.

Come abbiamo visto in questi stralci di intervista le dinamiche di équipe sono direttamente correlate con la dimensione del potere che ha un carattere assolutamente relazionale come ci ricorda Sterchele (2007a) affermando che “i rapporti di potere che si vengono a creare all'interno di una specifica organizzazione non sono semplicemente lo specchio dei rapporti di forza e dominio che caratterizzano la più ampia struttura sociale in cui essa è inserita” (id., p. 263).

Chi occupa una posizione dominante ha in genere maggiori probabilità di veder accettata la propria definizione della situazione; infatti, anche qualora egli non tenti di sfruttare il vantaggio derivante dall'asimmetria della relazione, sarà la deferenza tributatagli dall'interlocutore (o la sua soggezione) a generare spesso il medesimo effetto. Se ad alcuni potrebbe sembrare forzato affermare che in questo caso “A esercita potere su B”, potremmo allora dire – con una formulazione forse meno contestabile – che “B subisce il potere di A”. L'intreccio tra comunicazione e potere avviene anch'esso in due sensi e in maniera circolare. Da un lato, lo svolgimento delle dinamiche comunicative è necessariamente influenzato dai rapporti di potere esistenti tra i soggetti coinvolti, nonché dalle risorse (status, reputazione, prestigio, ricchezza, conoscenza, bellezza, sensibilità, intelligenza, ecc.) a cui essi possono attingere per proporre/imporre la propria definizione della situazione. Dall'altro lato, le posizioni dominanti e buona parte delle risorse di potere vengono create e rafforzate, conquistate e preservate, rischiate e perse proprio attraverso i processi comunicativi. È attraverso la (o meglio, nella) comunicazione, infatti, che si costruiscono le reputazioni, si legittima il prestigio, si veicolano i saperi, si propongono i meta-messaggi (le cornici) che definiscono e organizzano i contenuti scambiati nelle interazioni. Ed è nella comunicazione, o più spesso nell'apparente non-comunicazione, che si costruiscono i confini tra gruppi (culturali, etnici, religiosi, ecc.), si concede o si nega il riconoscimento, si attribuiscono stereotipi ed etichette, si realizzano stigmatizzazioni ed esclusioni. (id., 2007, p. 264, 265)

In questa prospettiva ciascuno degli attori in gioco entra in relazione con il potere esercitandolo o acconsentendo a chi lo detiene di poterlo esercitare mostrando come queste dinamiche non siano solo unidirezionali. Spetta agli attori quindi utilizzare “zone di incertezza” organizzative per realizzare il proprio “oggetto di lavoro”.

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

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

nel lavoro che viene svolto nei servizi, è assai frequente che le routine che reggono l’attività pratica siano tratte dalle competenze istituzionalizzate fornite dalle professioni. A fronte di latitanze delle diverse organizzazioni nel definire gli oggetti di lavoro, i singoli hanno trovato nei corpus di conoscenze, di norme e valori socialmente accettati e riconosciuti delle professioni...per individuare in modo più specifico che cosa e come produrre (id., p. 76).

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

... entrare in contatto con delle parti di sé, con i propri desideri, con le proprie motivazioni, con i propri timori, con le proprie angosce rispetto alle capacità di costruire e distruggere, coi i propri sentimenti di inadeguatezza... (id., p. 72)

E quindi ciascuno deve mettere del proprio, un po' di sé, in questa definizione che poi va condivisa, resa comune tra persone con vissuti e competenze differenti. Ciascuno quindi, facendo suo questo oggetto, condividendo le scelte e le premesse, potrà agire coniugando di volta in volta il proprio oggetto di lavoro, in base alla situazione, con modi ad esso congruenti ma con un certo grado di autonomia e creatività, con quella che Zerubavel (1991) chiama *mente flessibile*. Questa modalità non prevede di perseguire l'ordine e la razionalità in una realtà che è invece scomposta e confusa, né di assoggettare le persone, portatrici di originalità e complessità, a circolari e direttive imposte. Ma nemmeno l'arbitrarietà di ciascuno, l'isolamento e la frammentazione delle modalità di azione e quindi degli interventi. Agire con mente flessibile significa non essere né rigidi né confusi ma invece saper tracciare confini e stabilire routines quando necessario ma senza renderli immobili; essere capaci di precisione e fermezza ma anche di fluidità. Questa modalità consente inoltre a ciascuno singolarmente e collettivamente di apprendere nell'organizzazione e le organizzazioni che apprendono mantengono aperti e attivi i processi di creazione di senso e ne enfatizzano gli aspetti generativi

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

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

Questo tipo di prospettiva richiede a chi la intende realizzare, un grande impegno in termini di tempo e dedizione. La durata delle riunioni di équipe al centro diurno in cui è responsabile il dottor Giallo, ad esempio, durano un'ora e mezza, tutti i giorni, cosa che non accade altrove. Lui stesso mi ha raccontato che il direttore del DSM di cittàX si è lamentato di questa durata prolungata chiedendo "ma serve proprio?". Questo a conferma del fatto che l'attenzione e la sensibilità nei confronti dello stato di salute degli operatori non è materia scontata all'interno dei servizi. Spesso e da più parti emergono richieste di aiuto, segnalazioni di fatiche e pesantezze, sia per gli educatori come per gli psichiatri che con gradi di responsabilità istituzionali, più o meno operative, più o meno formali, sentono la necessità di uno spazio di condivisione di queste responsabilità e di confronto sulle operatività e sulle emotività vissute.

Ciascun operatore, all'interno dell'organizzazione in cui lavora, attribuisce senso a ciò che fa, a cosa "produce" come dice Olivetti Manoukian (1998). Ciascuno

singolarmente, certo, ma perchè dall'interno di una organizzazione ci si diriga verso la stessa direzione è necessario che gli orizzonti di ciascuno vadano a ricomporre un orizzonte di senso condiviso. È un po' come l'indicatore dell'orizzonte degli aeroplani, quando l'orizzonte dell'aereo non coincide con quello reale significa che si sta atterrando o decollando, o precipitando.

Sensi e organizzazioni

“ma che gusto c'è a lavorare così?”
“i capi non vedono quello che non vogliono vedere!”
“gli operatori non è che ti ascoltino tanto!”
“c'è odore di ospedale...”
“non so spiegarti, è una sensazione...”

Espressioni come queste non sono difficili da raccogliere all'interno delle organizzazioni per la salute mentale e hanno a che fare con i sensi dei soggetti che le vivono. Ma anche le organizzazioni hanno dei sensi attraverso i quali “sentono” o percepiscono. A parlarne esplicitamente è Maurizio Catino (2009) che per *miopia organizzativa* intende una visione difettosa che le organizzazioni hanno quando non prestano attenzione alle situazioni di rischio:

le organizzazioni che non si preoccupano dei fallimenti, soprattutto se piccoli, che attuano operazioni semplificatrici della realtà, non praticano strategie di anticipazione e prediligono la gerarchia all'*expertise*, rilevano in misura minore i dettagli, non vedendo spesso i primi segnali di pericolo e restando più vulnerabili agli eventi avversi, riconoscendoli quando è ormai troppo tardi. Sono organizzazioni miopi. Al contrario, le organizzazioni che si preoccupano per i fallimenti e le complicazioni, che sono attente alle operazioni in prima linea, alla resilienza e alla conoscenza, sono in una posizione migliore per rilevare prima gli eventi avversi nel loro sviluppo e per correggerli, evitando possibili disastri o conseguenza negative. (id., p. 214, 215)

Quelle che Catino chiama organizzazioni miopi sono poco attente ai dettagli, non hanno una visione ampia e precisa di ciò che accade soprattutto ai loro confini dove operano gli *street level bureaucrats* (Lipsky, 1980) cioè chi è a diretto contatto con l'utenza e ne è tramite nei confronti dell'organizzazione. Essi infatti interagiscono direttamente con gli utenti e restituiscono ai livelli alti dell'organizzazione “il polso” della situazione. Una certa miopia organizzativa fa affermare cose del tipo:

... dovevo decidere il tema per il tirocinio e secondo la letteratura c'è bisogno di un'attività di empowerment nei centri diurni e così abbiamo messo a punto questo progetto... (psicologa, città)

Ovvero, cercare un appiglio esterno, autorevole come a dover/voler giustificare un'azione, un comportamento, un cambiamento. Mai mi è capitato di sentire (anche se naturalmente ciò non esclude che lo si faccia in qualche contesto, ne sono convinta) che un'azione, un cambiamento, lo si è attivato a partire da un ascolto di desideri, bisogni e aspirazioni degli utenti.

Mi è capitato di partecipare a delle riunioni tra operatori e utenti dove non si discuteva veramente, dove gli operatori ponevano domande e gli utenti, spesso a fatica rispondevano, dove gli operatori proponevano la programmazione e gli utenti davano un "silenzio assenso" che mi è sembrato molto acritico. Non ci si ascoltava, né guardava, tutti i sensi erano sopiti:

... la stanza della riunione operatori e utenti è molto grande, è un grande androne che collega le stanze dei laboratori, con ampie vetrate, è arredato con divanetti rossi e bassi allineate alle due pareti senza porte e in una fila centrale in mezzo alla stanza quasi a formare un ferro di cavallo. Non essendo sufficienti per tutti molte persone sono sedute su delle sedie che vengono prese dalla sala da pranzo o dalle stanze dei colloqui a formare una seconda e terza fila dietro i divanetti posti al centro della stanza. Lungo la parete di fronte sono seduti le operatrici che coordinano la riunione, una psicologa e un'educatrice. L'incontro ha inizio con la psicologa che saluta i presenti "buongiorno a tutti" e chiede chi dei presenti sa che previsioni del tempo di sono per i prossimi giorni. Piera risponde, un'altra donna interviene a cui poi la psicologa chiede come sta. Lei risponde in poche parole come volesse togliersi velocemente da quella situazione. La psicologa prova a chiedere ad altri che però o non rispondono o lo fanno con un "bene" risolutore. [ci sono molte persone presenti, tra utenti e operatori circa 35] Andrea interviene scusandosi dell'interruzione ma deve proprio dire che lui vorrebbe tornare in Russia perché questo non è il suo paese e qui non sta bene, là c'è la sua vera famiglia... La psicologa lo lascia finire, lo ringrazia e inizia ad affrontare alcune questioni pratico-organizzative come i turni per le pulizie e per il servizio a tavola, il cambio di orari di alcune delle attività del centro diurno. Mi soffermo a guardare i volti delle persone sedute vicino a me e quelli più lontani: molti guardano altrove, come fossero molto lontani da qual luogo e da quelle persone e questo momento di incontro è come se non li coinvolgesse. Anche gli operatori sembrano annoiati da questo momento, non una battuta, una risata, una conversazione animata da qualsiasi sentimento, sento molta apatia, di quella che diventa noia che produce altra noia. La riunione si chiude dopo circa mezz'ora dal suo inizio con mio sollievo e credo di non essere l'unica, a sentire i sospiri di chi mi siede accanto... (dal diario etnografico del 2.02.2009, cittàY)

Ricordo la sensazione di inutilità, di vuoto che mi dava quella riunione: c'erano delle persone riunite lì per un motivo che ai più pareva sconosciuto o quanto meno non interessante, che li faceva stare lì seduti come potevano esserlo da qualsiasi altra parte.

Mantenere i sensi "aperti" non è sicuramente cosa semplice per nessuno, in particolare per operatori che ogni giorno si trovano insieme ad utenti che li mettono a dura prova: urla, odori, sensazioni sgradevoli, trascuratezza nella cura di sé...

Anche per gli utenti è impegnativo sostenere gli sguardi e le voci di operatori che controllano la correttezza dell'esecuzione di un compito e richiamano alla dieta corretta. Come accade a Tiziano, utente di un servizio bolognese che lavora per un'emittente radio³⁷ organizzata con l'intento di divulgare messaggi sul disagio psichico coinvolgendo utenti nella sua gestione. La sua responsabile di redazione – che ho incontrato in occasione di un convegno - nota infatti come lui, in grado di gestire in autonomia una trasmissione giornaliera, sia sottoposto a vincoli sul cibo: l'operatrice lo redarguisce per uno yogurt in più.

Molti sensi sopiti ho incontrato nelle organizzazioni ma, a volte, anche molto svegli:

sto uscendo dal centro diurno e incontro Tatiana che si ricorda di me e della settimana scorsa in cui, nella sua camera, abbiamo ascoltato la sua audiocassetta di Brian Abams. Lei intona un pezzo della canzone, sembra allegra ed è raro! Rita allora le ricorda di quando ascoltavano assieme gli Spandau Ballet e inizia a cantare, Tatiana la segue immediatamente e insieme ballano per alcuni minuti ridendo a gran voce. Noi lì attorno, Damiano [utente], Silvia, Gianni [operatori] e Carmen [utenti] siamo trasportati dalle loro voci... (dal diario etnografico del 13 novembre 2008)

Rita aveva i sensi ben aperti in quel tardo pomeriggio di una lunga giornata di lavoro, ha "sentito" un'apertura nell'impenetrabile Tatiana e è riuscita a dare vita ad una danza.

3.3 Innovazioni organizzative e resistenze

... sono qui da volontaria per continuare l'iniziativa di empowerment perché ci credo, non ci sono prospettive di lavoro qua, io sto cercando lavoro ma intanto mi interessa restare qua... facendo il tirocinio con il dott. [psicologo] abbiamo iniziato questo progetto di empowerment che poi è stato approvato dal primario e

³⁷ Si tratta di Psicoradio, nata nel 2006 con una redazione composta da utenti del DSM di Bologna che attraverso questa esperienza svolgono un corso di formazione professionale.

poi è partito... [...] ci sono state delle resistenze qua negli operatori perché questo gruppo di empowerment dava ai pazienti degli strumenti e aumentava la loro consapevolezza rispetto anche alla relazione terapeutica... (psicologa, cittàJ)

In questo brano l'operatrice racconta di un'apertura organizzativa che ha permesso una innovazione del servizio, l'attivazione di una nuova attività a partire dal lavoro di una tirocinante e la prosecuzione di questo gruppo in un contesto che pur ha manifestato delle resistenze. Queste resistenze riguardavano l'insorta necessità di mutare la propria relazione con gli utenti sulla base di una nuova consapevolezza cresciuta in loro grazie ad un tipo di attività nuovo, percepito, dai racconti degli operatori come "scomodo". Le resistenze sono manifestazioni comuni di fronte ai cambiamenti, sono tentativi più o meno espliciti di contrastare il cambiamento che richiede, inevitabilmente, di ri-mettersi in gioco, di ripensare al proprio modo di lavorare e di stare in relazione con l'utente richiedendo quindi di entrare in uno spazio di temporaneo ignoto, utile per ricostruire nuovi equilibri, nuovi modi di fare e di essere. Queste resistenze però possono essere superate e opportunamente condivise se si rielaborano collettivamente, se si permette a timori, paure, ma anche interessi, desideri, richieste di supporti... aprendo così l'organizzazione alle nuove situazioni che altrimenti possono tramutarsi in chiusure, in rifiuto del cambiamento.

Un modo per innovare un servizio è anche quello di cercare nuove connessioni con altri attori che diventano così parte del "patchwork attivo". I DSM di cittàJ e cittàW hanno allargato la "rete" di soggetti con cui collaborare, trovandosi in zone non particolarmente vivaci economicamente e quindi che presentano difficoltà di occupazione:

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

Naturalmente sono i primi passi e sarà interessante capire quali connessioni si riuscirà a stabilizzare con queste reti e a cosa effettivamente porteranno queste collaborazioni nel tempo. È un fatto però che l'organizzazione, così facendo, si è

aperta ad altri interlocutori, anche cercandoli direttamente quindi con uno spirito imprenditoriale più che assistenziale di attesa.

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

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

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

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

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

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

I cambiamenti avvengono anche in conseguenza di un momento di difficoltà organizzativa in cui si può aspettare o invece si può immaginare alternative possibili. In un grande centro diurno a cittàY che accoglie ogni giorno molti utenti ed è gestito, da diversi anni, prevalentemente da personale di una cooperativa, uno degli operatori racconta della situazione che sta vivendo il centro:

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

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

Se quindi a livello formalizzato, istituzionale c'è inerzia, qualcosa però si è mosso al livello delle pratiche quotidiane, informali, alcuni operatori hanno trovato un modo per far scorrere energie, idee: hanno iniziato un'attività domiciliare con alcuni utenti con l'obiettivo di facilitare la familiarizzazione del proprio contesto quotidiano, andando insieme al bar o frequentando il parco vicino casa. Un'occasione - quella del momento di riorganizzazione del servizio - che ha non solo delle pesantezze e delle difficoltà ma anche delle potenzialità, per esempio, nella possibilità di creare spazi "vuoti", liberare tempo per sperimentare/attivare nuovi percorsi. Ecco allora che, più o meno consapevolmente, qualcuno fa un passo, rimette in circolo energie da cui possono nascere nuove cose, produrre un mutamento organizzativo ma non solo, anche fuori dall'organizzazione (nell'esempio fatto poco fa il mutamento comprende anche il barista, le persone che frequentano il parco...) oppure può fermarsi nuovamente e implodere.

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

Durante il periodo della ricerca a cittàJ ho conosciuto da vicino un servizio innovativo per il mondo della salute mentale, pensato per la prevenzione e l'accoglienza del disagio nell'adolescenza. Questa specificità, come già detto, è dovuta alla convivenza del DSM con il SerT che da sempre lavora con progetti di prevenzione molto più di quanto facciano i DSM. Così è nato questo progetto pilota, che all'epoca della ricerca era attivo da due anni, come racconta il direttore di cittàJ:

... utilizzando dei fondi destinati ad altro abbiamo attivato dei centri per adolescenti in strutture completamente non sanitarie, quindi un appartamento in un condominio vicino alla piscina qua a cittàJ, una scuola a Paesello, un altro appartamento a Paesino, dove i ragazzi possono accedere, fuori c'è scritto "A metà strada" non c'è scritto Ulss fòra [fuori]... lì trovano uno psicologo, degli operatori di strada a cui fare riferimento e dove possono andare ragazzi genitori e insegnanti... sono strutture che ovviamente deistituzionalizzate, gli operatori sono come lei, molto giovani, friendly, tirati su per fare questo lavoro, quindi non ingessati, un determinato look, determinate capacità relazionali e via così... e fanno presa in carico per le situazioni di disagio. per le situazioni in cui ci può essere una franca patologia, non vengono i ragazzi mandati dallo specialista, è lo specialista che va lì... solo se hanno una patologia franca vengono presi in carico dal servizio sanitario sennò vengono gestiti in un ambiente meno pesante, proprio per evitare etichette... questa secondo me è una cosa interessante... va avanti da un anno e mezzo, un altro progetto che va avanti da sei anni è uno con gli operatori di strada che entrano in tutte le compagnie [di adolescenti] presenti nel territorio e propongono iniziative all'interno di questa... ovviamente si fa una mappatura delle compagnie a rischio e se c'è un rischio individuale questo viene accompagnato in qualche centro per gli adolescenti... l'operatore di strada fa anche da accompagnatore e poi se lo ritrovano anche là... oppure organizzano proposte alternative per queste compagnie, cercando di promuovere stili di vita alternativi rispetto a quelli che magari possono essere basati su alcool o quant'altro... (direttore cittàJ)

In particolare le modalità di accesso e accoglienza sono significative perché completamente diverse da quello che avviene in altre strutture in cui l'accesso è più formalizzato:

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

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

Questa particolare modalità organizzativa corrisponde molto, dai loro racconti, agli operatori che vi lavorano che manifestano il loro entusiasmo e coinvolgimento per il loro lavoro:

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

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

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

Questa esperienza apre quindi le porte dei servizi ad una utenza che sembra non avesse risposte altrove. A livello delle pratiche organizzative poi, esistono ancora poche routines consolidate e molto è ancora da sperimentare. Rossella ci racconta di una ragazza che lei sta accompagnando attraverso un momento molto difficile. Seguire questa ragazza ha rappresentato, per il servizio, la possibilità di sperimentare una modalità organizzativa prevista ma mai ancora attuata:

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

Questo servizio svolge quindi la sua attività sia all'interno di spazi di consulenza/cura del disagio giovanile che all'interno delle compagnie di adolescenti. Quest'ultima attività viene svolta da educatori di strada la cui attività è quella di

costruire rapporti di fiducia con i ragazzi che frequentano compagnie attraverso la condivisione della loro quotidianità di strada. Questa esperienza solleva interessanti riflessioni perché mette in evidenza l'impossibilità di de-finire a priori e in modo inequivocabile le relazioni con l'utenza:

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

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

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

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

... è faticoso, ci sono degli obiettivi... poi ci si scontra con realtà di genitori e ragazzi che magari sono poco motivati, non ci sono i miglioramenti sperati... saltano gli appuntamenti, ti mandano messaggini sul cellulare che non capisci, ti fanno gli squillini e li devi richiamare e subito perché dopo non esiste per loro... arrivo al fine settimana che sono piena e ho bisogno di respirare un po' e anche in tv, quando vedo servizi con adolescenti, cambio (ride)!... (Stefania, educatrice di strada, cittàJ)

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

Un servizio come quello di "A metà strada" vive maggiormente a contatto con il rischio e le zone di incertezza che non sono ancora state routinizzate e gli operatori sperimentano ancora la loro creatività diversamente di quanto avviene di solito nei servizi:

poiché si tende a sottovalutare la propria creatività [...] si dovrebbero sottovalutare parimenti le difficoltà nei compiti cui far fronte, per facilitare la realizzazione di iniziative che altrimenti non verrebbero effettuate.. è il principio della "mano che nasconde", una specie di mano invisibile o nascosta che occulta, positivamente, le difficoltà. Secondo questo principio, l'innovazione nasce, talvolta, più da passi falsi ed errori di valutazione che da un'accurata programmazione di un comportamento razionale. [...] esiste quindi una miopia positiva che facilita la realizzazione di progetti complessi in condizioni di incertezza e che facilita l'innovazione. (Catino, 2009, p. 67, 68)

L'ambiente dinamico, vitale, che fa trattenere il respiro a volte, perché si ha la consapevolezza di fare qualcosa di nuovo, di sperimentare, è tipico delle nuove organizzazioni. Ed esse, confrontate con le più consolidate, ne fanno emergere le rigidità, i blocchi e gli intoppi che ne rendono difficile il cambiamento.

4. Le attività riabilitative

In questo capitolo introduco, nel dettaglio, le attività riabilitative presentandole come parte delle competenze dei servizi per la salute mentale per poi approfondire quello che è il contesto micro, specifico di questa ricerca, cioè le attività riabilitative osservate. Tra queste, quelle che ho definito “aperte” cioè aperte alla partecipazione di persone esterne al servizio, sulle quali ci soffermeremo maggiormente.

Come primo aspetto da chiarire c'è il significato del concetto di riabilitazione e di quelli che vengono definiti gli esiti del lavoro riabilitativo: da un lato c'è la possibilità della cosiddetta cronicità, ovvero la permanenza a vita della condizione riabilitativa, oppure il processo di recovery che significa un'uscita dal sistema dei servizi come lo è la guarigione ma con un senso differente. Dopo avere chiarito questi termini chiave e non entrando, per ovvie ragioni, nel merito della “tecnica” riabilitativa, presento alcune rappresentazioni della riabilitazione da parte degli attori coinvolti nella ricerca, per rendere conto del posto che la riabilitazione ha all'interno dei servizi per la salute mentale. Alcune definizioni degli operatori sulla propria “relazione lavorativa” con la riabilitazione e sulla riabilitazione stessa, serviranno per declinare il concetto di riabilitazione nel campo della ricerca.

4.1 Riabilitazione tra cronicità e recovery

In un documento di riferimento per i servizi della Regione Veneto, il progetto obiettivo approvato nel luglio 2009, troviamo, nella parte introduttiva, una dichiarazione di intenti rispetto a come occuparsi di salute mentale e riabilitazione:

La centralità strategica della salute mentale risiede nella presa in carico della persona nel contesto del suo territorio e nella capacità di modulare sulla persona le opportunità riabilitative e terapeutiche. Si rende necessario favorire e consolidare sul territorio, a fianco dei servizi formali, la presenza di una rete informale caratterizzata dall'insieme delle relazioni (familiari, parentali, amicali, di vicinato, di auto-mutuo-aiuto) che gravitano e che si intrecciano attorno agli utenti. L'impegno terapeutico-riabilitativo richiede, in questo senso, ad integrazione di risposte formali già collaudate, l'introduzione di strumenti molto flessibili, immersi nella vita quotidiana delle persone, caratterizzate dalla definizione partecipata dei bisogni, dall'autopromozione e dall'autocontrollo. Ciò significa allargare il bagaglio teorico-strumentale-organizzativo già in possesso dei servizi e degli altri soggetti che operano nell'area della riabilitazione alla cultura e alla

pratica del lavoro di rete, con l'impiego di una gamma di interventi e prestazioni tra loro collegati che utilizzino sia strumenti di tipo istituzionale-formale, che legami deboli di natura informale. Il lavoro terapeutico-riabilitativo diviene, in tal modo, attrezzato a fornire una rete di percorsi integrati che permetta al paziente di progredire in maniera evolutiva a seconda dei propri bisogni. (Dgr n. 105/CR 14 luglio 2009, p. 2)

In queste poche righe introduttive il nuovo progetto obiettivo svela l'intenzione dei servizi di dotarsi di nuovi strumenti, più flessibili per immergersi alla vita quotidiana delle persone. L'idea di riabilitazione presentata qui è un concetto in espansione, tenta di uscire dall'autoreferenzialità delle modalità istituzionali per connettersi alle reti informali aprendosi quindi al territorio in cui vivono le persone. La rappresentazione però del lavoro in riferimento all'utente è in termini di sovra-ordinare – ordinare da sopra – “sulla persone”, opportunità e bisogni attraverso anche nuovi attori che si “intreccino attorno agli utenti” dando quasi più l'idea di controllo e costrizione che di sostegno nel trovare la propria modalità di realizzare i propri bisogni che viene disegnata come una linea “evolutiva”. Questa visione, peraltro, trova riscontro anche nelle parole di alcuni operatori che ho incontrato che distinguono gli utenti tra “più e meno evoluti” (educatrice, cittàJ).

In termini più generali la riabilitazione costituisce una delle aree di intervento dei servizi psichiatrici oltre alla prevenzione e alla cura (come risulta dai Progetti Obiettivi per la tutela della Salute Mentale, Nazionale e Regionale). La definizione della mission della riabilitazione per il Center for Psychiatric Rehabilitation dell'Università di Boston, un ente molto accreditato e riconosciuto anche in Italia per la concettualizzazione della riabilitazione, viene riportata da Paola Carozza, una psichiatra/formatrice, come

aumento del funzionamento sociale e lavorativo, tale da rendere le persone con disabilità capaci di svolgere un ruolo valido con successo e soddisfazione nell'ambiente da loro scelto (lavoro, abitazione, scuola, ambienti sociali e ricreativi), richiedendo il meno possibile interventi professionali continuativi (tradotto in Carozza 2006, p. 52).

Anche in questa definizione torna un'idea meccanicista in cui il processo evolutivo si misura attraverso parametri come il funzionamento e la validità.

Queste le principali dichiarazioni di intenti, i principi fondativi.

Analizziamo ora alcune rappresentazioni della riabilitazione offerte dai protagonisti di questa indagine sul campo.

Tra DSM innanzitutto c'è una distinzione tra quelli che prevedono la figura del responsabile della riabilitazione, o della linea riabilitativa, da quelli che non prevedono una figura specifica rivendicando la trasversalità della riabilitazione a tutti gli operatori. Naturalmente si tratta di una differenza di forma, la sostanza cambia a seconda del modo in cui si volge l'attività. Certo è che la presenza di questa figura

“costringe” l’organizzazione a riflettere sul concetto e sulla pratica della riabilitazione.

Tra gli operatori, ad esempio, c’è chi dice “mi occupo anche/non solo/prevalentemente di riabilitazione e chi invece dice “sono responsabile di un centro diurno/della linea riabilitativa” o “mi interesso di riabilitazione” o “sono infermiere in un centro diurno” specificando quindi la declinazione del proprio ruolo professionale ma soprattutto riconoscendosi in essa.

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

Chiedere gli operatori la loro esperienza circa la riabilitazione apre scenari molto ampi che cercherò di tratteggiare qui di seguito con l’intenzione di isolare alcune dimensioni che invece non mi sono risultate chiare ma piuttosto vischiose nelle pratiche quotidiane dei servizi. Questo perché “fare” riabilitazione chiama in causa molti aspetti dell’essere operatore, come accade in tutte quelle professioni per le quali non esistono rigidi protocolli che ne definiscono i comportamenti (anche se un margine di autonomia è sempre possibile).

Tre sono le dimensioni principali che voglio “mettere sul piatto” ad introduzione di questo capitolo: innanzitutto cosa non è riabilitazione, svelando quindi le insidie che si nascondono attorno a questa pratica; in secondo luogo la dimensione relazionale, fulcro dell’attività riabilitativa e, in chiusura, alcuni aspetti della costruzione di queste pratiche organizzative a partire dalle rappresentazioni degli operatori.

Riabilitazione non è...

Per gli attori della ricerca, innanzitutto, riabilitazione non è intrattenimento cioè un tetto sopra la testa durante il giorno dove si fanno “lavoretti”. Questo tipo di attività non viene considerata riabilitazione ma è tuttora presente all’interno dei servizi. L’intrattenimento rappresenta all’interno dei servizi uno zoccolo duro, difficile da abbattere, che spesso si cela sotto nuove etichette di laboratori “creativi” che di fatto hanno la funzione di in-tra-tenere gli utenti “finché i genitori sono a lavorare” per evitare che “stiano in giro a bighellonare” e quindi per tenere lontano da qualcosa o sollevare qualcuno da un peso. Un’accezione questa negativa, per evitare qualcosa, come risposta ad una domanda di controllo sociale più che di attivazione e creazione di qualcosa di significativo per le persone coinvolte. Queste attività non hanno quindi finalità specifiche di (ri)acquisizione di competenze o del

fare esperienza ma riempiono buchi nel tempo della giornata consentendo, allo stesso tempo, di mantenere le persone in un ambiente protetto. Non sono riabilitative sia per ciò che si fa, un'attività meccanica³⁸ di cui si perde il senso finale “a cosa serve” (come gli stampini in gesso), sia per *come* lo si fa cioè in una logica di intrattenimento, di “far passare il tempo” senza l'obiettivo, di operatori e utenti, di (ri)acquisire diritti di cittadinanza.

La relazione nella riabilitazione

La dimensione relazionale viene ribadita da più voci, in letteratura e dagli attori del campo, come fondamentale all'interno dell'attività riabilitativa e la si ritrova come “filo conduttore” se pur con declinazioni nelle pratiche molto diverse tra loro. Attraverso la parola relazione si possono intendere forme profondamente diverse: c'è chi parla di “un rapporto di parità tra operatori e utenti” in cui “sono più le somiglianze che le differenze da mettere in gioco” e chi invece considera la riabilitazione “un progetto di cura, far entrare nel nostro pensiero una persona”. In linea con questa seconda prospettiva c'è chi dice che “fare riabilitazione implica una buona cura, è un lavoro sulla persona per migliorare le capacità di funzionamento” dove la relazione sembra essere indicata dall'espressione “lavoro sulla persona” che rimanda all'idea di una relazione verticale, dall'alto in basso in cui ci si relaziona stando sopra qualcun altro (stile che abbiamo già incontrato precedentemente). Questa immagine comunica una modalità relazionale molto differente rispetto a quella in cui ci si confronta faccia a faccia attraverso le somiglianze e le differenze.

Anche le criticità vengono messe in evidenza, innanzitutto la difficoltà nel parlare di integrazione “tra servizi e tra parti dello stesso servizio” dove lo spazio della riabilitazione appare spesso come “territorio di nessuno”. In questa visione la terra di nessuno mette in evidenza ciò che manca piuttosto che le potenzialità che presenta come cerco di fare utilizzando la metafora della *Terra di Alter*. Di integrazione si parla anche come difficoltà rispetto al contesto degli utenti, la famiglia e l'ambiente di riferimento soprattutto, che diventano lo spazio e l'interlocutore dove realizzare la riabilitazione perché, come afferma il responsabile di un centro diurno veneto:

³⁸ Le attività meccaniche-manuali vengono utilizzate non solo nel mondo della salute mentale ma anche in quello della tossicodipendenza e spesso hanno l'obiettivo di (ri)portare la persona al mantenimento di un impegno, alla presenza fisica in un luogo ad un dato orario e allo svolgimento di un compito predefinito. Solo attraverso la dimostrazione di essere adeguati a questa richiesta consente di procedere nel percorso riabilitativo. La questione rimane quindi per quanto tempo ciò accade e soprattutto chi decide quando è possibile passare oltre. La riabilitazione è infatti ricostruzione della piena cittadinanza dell'utente che si sostanzia attraverso la restituzione dei suoi diritti formali e costruzione affettiva, relazionale, materiale, abitativa, produttiva dei suoi diritti sostanziali come illustra ampiamente Benedetto Saraceno (1995).

fare pallavolo non è riabilitazione... l'attività sportiva fa bene perchè fa bene fare sport, l'unica cosa sarebbe che all'interno del torneo dei centri diurni si facessero squadre miste, amatoriali, non solo tra utenti, ma ancora è attività sportiva... (responsabile centro diurno cittàF)

Il concetto di integrazione è stato quindi messo in crisi e si sovrappone a quello di riabilitazione, nelle parole di questo responsabile che fornisce una rappresentazione delle attività riabilitative come “integranti” gli utenti nel proprio tessuto sociale. Vedremo, nel corso delle prossime pagine, come le attività che ho osservate partecipano a connettere utenti e comunità locale attraverso le pratiche riabilitative che diventano così volano per il raggiungimento dell'autonomia, per l'attivazione di reti sociali e per il “tornare a desiderare e a fare progetti”.

La riabilitazione è come un'apertura del servizio verso l'esterno che consente agli utenti di sperimentare e fare propria questa apertura. (infermiera cittàC)

Centrale diventa ora chiarire in cosa consistono le due strade possibili della riabilitazione ovvero i processi che da essa prendono forma dall'interazione degli attori, la cronicità e la recovery. Non si tratta di due strade parallele non destinate ad incontrarsi mai, quanto di due modalità differenti di agire, direttamente correlate alla definizione dell'oggetto di lavoro che gli operatori si danno (di cui parlerò estesamente nel prossimo capitolo).

Si tratta chiaramente di una semplificazione ma serve a chiarire le due direzioni principali del “fare” riabilitazione che possono coesistere nello stesso servizio, anche nella stessa attività in operatori differenti. Guglielmo frequenta da molti anni un centro diurno di cittàX e, rispetto alla parola guarigione mi racconta la sua visione della questione:

G: ...sono un po' migliorato rispetto a anni fa... per cui mi sento un po' guarito... non del tutto perchè prendo ancora farmaci... però... mi sento abbastanza... mi sento abbastanza guarito però non vorrei che tutto su un colpo mi ritornasse di nuovo sti malesseri che avevo prima che ogni tanto mi capitano... per cui non so... non so se sono un malato cronico però adesso come adesso mi sento un po' meglio rispetto a come stavo anni fa... sì questo sì, prendo anche meno farmaci... i primi tempi mi aveva dato un sacchetto pieno di farmaci (ride) il dottor Verde... poi col tempo ne ho presi sempre meno e mi sono affidato più a un psicologo che fa... che ci... insomma... non so tanto quanto possano fare i farmaci... possono aiutarti forse all'inizio un po' ma... alla lunga ti... non so... non credo facciano tanto bene insomma... però mi sento un po' guarito... non del tutto ma... rispetto ad altri magari che forse hanno più crisi di me... perchè poi io parlo per me dopo... no guarigione... sono un po' guarito... dopo guarito del tutto non so... non si è mai guariti del tutto...

A: ... mi racconti di una volta in cui hai parlato con un operatore, magari col dottor Giallo... di questo...

G: sì... parlavamo eccetera... lui mi diceva... mi aiutava il dottor Giallo... abbiamo anche parlato quando stavo male... ha cercato di darmi delle diagnosi anche di... di dirmi cosa avevo che ero preoccupato per il mio futuro... abbiamo parlato sì coi medici e con gli operatori... mah... cercava di capire cosa avessi in quel momento... perchè ero sempre pieno di sonno d'estate stavo male non mi sentivo bene sarà stato il caldo non so... mi diceva cercava di capire che forse avevo più problemi per il mio futuro che psicologici eccetera... questo nelle prime volte... che mi ha colpito... che cercavo di sfuggire alla realtà...

A: ...e ti ha colpito...

G: sì (sorridente) sì sì mi ha colpito perchè... poi ha una grande esperienza il dottor Giallo... è importante... ma anche la Federica è brava come psicologa che è più giovane insomma... è brava anche lei è preparata anche lei ci dà delle risposte intelligenti insomma... cerca anche di spronarci perchè delle volte non abbiamo (ride) voglia di parlare (ride)... c'è il silenzio... (Guglielmo, utente cittàX)

Nelle parole di Guglielmo cogliamo la difficoltà nel riconoscere la propria situazione rispetto a guarigione e cronicità, pur collocandosi più verso la prima che verso la seconda. Questa idea rispetto alla sua condizione gli viene prima di tutto da se stesso, dalla percezione che ha del proprio sentire, ma anche dalla relazione con operatori che stima e che “cercano di risolverti i problemi”, dirà più avanti nell'intervista, ovvero cercano di dare risposte, la diagnosi di cui parla in questo brano. Ad un primo sguardo si potrebbero affermare che la differenza tra cronicità e recovery dipenda dal “tipo” di utente – come anche Guglielmo ci lascia intuire - : per alcuni, i più anziani, quelli con un'esperienza manicomiale alle spalle è più adeguata l'una piuttosto che l'altra magari più adatta ai giovani utenti. Ma credo che la dinamica sottesa sia più riconducibile alla visione di cosa significhi fare riabilitazione e che da questa, quindi, dipenda anche il modo in cui “guardare” all'utente. Così percepirsi come “malati cronici” o vicini alla guarigione dipende dalle relazioni che si instaurano tra operatori e utenti.

La prima, quella della cronicità, concepisce la riabilitazione come “luogo” di intrattenimento e contenimento più che di sperimentazione dell'autonomia, dove gli utenti definiti - magari non formalmente ma concretamente seppur anche temporaneamente – cronici, si trovano in una condizione stabile da diverso tempo. Fanno le stesse attività da anni, frequentano il centro diurno con le medesime modalità. Utilizzo quindi un concetto di cronicità “relativa”, riferita alle attività riabilitative e non tanto ad una ipotetica diagnosi per il servizio. A questo proposito Ester, operatrice “storica” di uno dei servizi di cittàX mette appunto in relazione il concetto di cronicità con le tipologie di utenti:

I nostri utenti sono molto vari, quando abbiamo aperto [le strutture post-manicomio] nell'80 abbiamo pensato alle esigenze di chi usciva dal manicomio e quindi era improntato ad offrire loro occasioni e assistenza... oggi è ribaltato, abbiamo ancora alcune persone che vengono da quella esperienza, altre che non sono state in manicomio ma che hanno avuto lunghi ricoveri per cui hanno quella lunga assistenza... non mi piace la parola cronicità perché credo che la cronicità è solo quella dell'operatore che tira i remi in barca, credo che valga la pena di fare qualcosa fino alla morte... e poi c'è una grossa quota di persone giovane. Una grossa quota di persone che hanno anche una situazione invalidante quindi oltre alla mancanza economica ne hanno altre quindi utilizzano in maniera importante i servizi, e una quota invece una quota che invece utilizza meno, solo per le prestazioni [specialistiche di psichiatri e psicologi] (Ester, assistente sociale cittàX)

La recovery, invece, è definita come un processo assolutamente personale e non definibile a priori. Ciascuna persona, ciascun utente, autodeterminerà il proprio processo di recovery sulla base della propria concezione di "buon livello di vita". Questi utenti avranno quindi una storia "movimentata" nell'ambito delle strutture riabilitative dei servizi, non frequenteranno per anni la stessa attività o quantomeno, non le stessa modalità. Lo psichiatra responsabile della riabilitazione a cittàW, mi ha raccontato della recovery sintetizzando molto bene la letteratura esistente. Uso quindi le sue parole.

Il tema della guarigione in psichiatria è un tema molto fragile perché è una parola sulla quale si possono creare molti fraintendimenti o interpretazioni diverse per cui per molti anni non si è parlato di guarigione anche per la mancanza di strumenti che la potessero misurare questa guarigione... una malattia organica finisce, ci può essere la restituzio ad integrum o solo parziale, l'arto ha recuperato al 40% la funzionalità o può riprendere funzionalità solo se... per noi è diverso... dire se c'è, se ci sarà o se c'è stata... una restituzio ad integrum o solo parziale... ma negli ultimi 10 anni si è iniziato a parlare di guarigione però utilizzando una parola che ha una densità semantica maggiore che non guarigione - recovery - non si inserisce nel modello malattia-guarigione ma ha a che fare con la tua percezione di malattia per cui persone diverse nella stessa condizione si possono considerare guarite o no... ci stanno quindi una serie di elementi, fattori che è il paziente stesso che indica e c'è il vissuto di essere tornato ad un livello di funzionamento e di soddisfazione buoni... il concetto di recovery ha preso piede perché, anche in contesti come quello ortopedico, più francamente oggettivabili, il concetto malattia-guarigione non era più sufficiente per descrivere l'andamento di una malattia... perché ci sono persone che con handicap fisico gravissimo si sentono guarite mentre altri con problemi più lievi continuano a sentirsi come malati... si è cominciato a parlare di recovery... (Riccardo, psichiatra cittàW)

Sembrano davvero due strade percorribili differentemente da utenti con percorsi e attitudini differenti ma intendo mostrare come esse possano rappresentare, invece, due modalità di interazione tra operatori e utenti che si riflette, inevitabilmente, nella relazione con gli esterni e la comunità locale di cui quest'ultimi sono rappresentanti.

4.2 Storie di pratiche riabilitative dai centri diurni

Per iniziare, finalmente, ad *attraversare il disagio* ho ritenuto necessario cominciare dai racconti di chi il disagio psichico lo vive in prima persona e arriva a partecipare alle attività riabilitative. Il processo che porta una persona a diventare utente di un DSM e di un centro diurno in particolare, ci offre l'opportunità di guardare alle pratiche riabilitative avendo esempi di storie, paure, difficoltà e trasformazioni avvenute o in corso ed essere così "in situazione".

Giordano racconta del suo arrivo al centro diurno regalandoci un pezzo della sua storia a partire dal suo arrivo in un luogo che era stigmatizzato e stigmatizzante, per accennare poi al senso che ha per lui continuare a frequentare il centro diurno e le sue attività:

G: ... c'erano un po' di pregiudizi... si diceva un posto frequentato da matti... "là ci sono i matti". Alla fine quando vieni a contatto con queste situazioni con questi problemi una parola più generica non esiste. Non so neanche se considerarla dispregiativa o, una parola usata così alla cazzo di cane³⁹... non vuol dire niente, alla fine non ha un significato che puoi dire, cioè almeno per me... ci sono così tanti modi differenti che so... non so spiegarli... comunque... ma non si può comunque dire "quello è matto"; perché ci sono tanti diversi problemi per la gente che c'è qua. Sì, è sicuramente una malattia, è anche la mia no, però da lì a dire che uno è matto, cioè è una parola troppo abusata, diciamo, non so se hai capito bene o male...

A: ...cosa ti ha spinto a venire qui e a seguire queste attività e a frequentare questo posto... cosa invece ti frenava un po' dal farlo?

G: Mi ha spinto il fatto che mi rendevo conto che ero nella melma... sì, avevo bisogno di fare qualcosa, poi sono cose che comunque adesso mi piacciono... Cosa mi frenava? Appunto il pensare di venire qua e vedere cose che... di vedermi inserito in un pensiero che è quello di prima no, che poi ora non mi interessa, perché le persone che conosco con cui dialogo, con cui mi ritrovo, ne sanno dei miei problemi, ci parlo normalmente... dopo loro

³⁹ Nel rispetto dell'originalità del materiale empirico ho scelto di non censurare le interviste nonostante siano presenti, come in questo caso, espressioni "colorite". Mi scuso con quanti potrebbero sentirsi turbati.

possono pensare, cioè almeno con me sembrano capire, dopo possono pensare quello che vogliono. Non è che me ne freggi tanto...

A: mi racconti di una volta che hai raccontato a qualcuno che avevi iniziato a fare, per esempio, la pallavolo qui?

G: Mmm... ho parlato della falegnameria più che altro perché sai, le domande “cosa fai? Un lavoretto così te lo trovi” è bello che un amico mi fa “cosa vuoi fare il falegname tu che non hai mai lavorato in vita tua?” così scherzando... poi mi ha detto che comunque... cioè... è una cosa bella... dallo scherzare ha pensato “che cavolo sono cose che comunque non le fa praticamente più nessuno”... (Giordano, utente cittàW)

Giordano inizialmente non entra nei dettagli della sua esperienza, rimane generico e vago, soprattutto quando si tratta della sua sofferenza. Ci offre però un veloce “trailer” del suo percorso che ci aiuta a coglierne i passi salienti che dalla pesantezza della “melma” in cui è sprofondato lo hanno portato al centro diurno superando i pregiudizi. E poi l’esperienza della falegnameria che è riuscito a spendere nelle sue relazioni della vita quotidiana come un lavoro e non come un’attività per i matti. Durante l’intervista Giordano entra più nel dettaglio del periodo buio che l’ha portato a diventare un utente del DSM di cittàW:

Io ho avuto il primo problema e sono stato una decina di mesi senza uscire da casa, senza fare niente, vedendo solo dottori, poi da un giorno all’altro ho ricominciato una vita normale no, lavoravo in fabbrica e tutto, poi ho avuto una ricaduta no, che è stata alla fine del 2006... paranoie e cose così. E poi verso marzo, tre mesi ho cominciato a venire qua, a fare attività, così... e quel periodo era veramente buio, nel senso paranoie bruttissime, non ero capace di dormire, è logico che è cambiato tanto no... dopo comunque anche... mmm... non dico che poi siano passati venendo qua... però insomma... l’aver sempre qualcosa da fare ha fatto passare un po’ quel periodo lì... poi paranoie, paure, che avevo, questi problemi sono passati non sono più... non fanno più parte della... non so, perché il percorso alla fine non me lo sono mai chiarito... il dottore dice che è una depressione, un bipolarismo, però non ne capisco tanto... sì, è passato da un problema all’altro, da uno stato superparanoico, fobico, per quanto possa capirne io, a uno stato comunque di depressione ma non paranoico, cose così. Dormo, capito. Se faccio fatica ad addormentarmi... capita perché ho un po’ di nervosismo così, però dopo recupero tutto, non ho più quei problemi lì diciamo. [...] Anche lo stare in compagnia comunque, dallo stare in casa, al non uscire, al vedere gente, anche qua parlare, avere dialogo un po’ con tutti... perché qua comunque c’è gente con cui parlare anche di tutto... sempre i miei rapporti sono stati di più con Gianni, la Rita, la Silvia [operatori], con Filippo comunque si parlava volentieri, con Giovanni in falegnameria si parlava anche con lui, per quanto lui sia uno... abbastanza chiuso,

quando cominci a parlare è una persona da stimare anche, ha avuto le sue belle esperienze, ti racconta... (Giordano, utente cittàW)

Nel raccontare il senso che ha per sé questa esperienza riabilitativa (anche se lui non la chiama mai così), Giordano non riesce a darsi una spiegazione rispetto a ciò che è successo: “il percorso alla fine non me lo sono mai chiarito” ma riconduce il cambiamento all’“avere sempre qualcosa da fare”, “stare in compagnia”, “vedere gente”, “avere dialogo”. Il centro diurno è stata quindi principalmente, veicolo per riprendere le relazioni con altri e la vita.

Quella di Giordano è un’esperienza simile a quella di molti altri utenti che come lui hanno circa trent’anni. Damiano frequenta lo stesso centro diurno ma la situazione che racconta non è altrettanto serena:

... venire qui è come che mi spostassi dalla casa al carcere capito... io mi sento... venire qui più di qualche volta, mi pare di vedermi in prigione, venire su un posto dove ci sono quelli che hanno problemi più grossi dei miei e che io forse non li ho certi problemi. E allora dico cosa vengo a fare qui che potrei essere a lavorare da qualsiasi parte, a fare una domanda di lavoro da qualsiasi parte. Solo che non trovo, è quello il problema. Con il titolo di studio che ho io, disegnatore Cad e geometra qui non trovi, qui da noi non si può trovare... (Damiano, utente di cittàW)

Quello di Damiano è un sentire comune ad altri utenti che ho incontrato che non si riconoscono nella gravità del disagio degli altri utenti ma allo stesso tempo non si riconoscono le competenze per “competere nel mercato” come afferma Federico Scarpa nel brano che ho riportato in premessa. Damiano accetta comunque di buon grado di frequentare il centro diurno pur vedendolo come sua unica possibilità, Claudio invece ha fatto molte più resistenze. Lui teme molto la stigmatizzazione collegata a questa frequentazione e ha trovato nell’attività sportiva proposta dal CD l’unica occasione possibile per frequentare un’attività di supporto:

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

Per Claudio è la pallavolo, per Giordano la falegnameria e per altri il teatro l’esperienza riabilitativa che dà la possibilità di fare qualcosa che piace loro, li appassiona in un ambiente però protetto, lì che accoglie in momenti bui della vita. Anche Renato ha avuto un percorso simile anche se lui ha quasi settant’anni :

... stavo male male male e ho fatto un due mesi di ospedale e qua mi hanno salvato... quando son venuto qua ero già abbastanza meglio... ho fatto due mesi là [in SPDC] e mi hanno mandato dal

97, 98 non mi ricordo... e mi hanno tirato su diciamo, con varie cure, poi ha detto[il medico] “Adesso qua sta benino... la dimettiamo da sano...” [al centro diurno] ci son varie persone, un po' tipo riabilitazione insomma dai... e il dottor Rosa ha detto “C'è questa medicina che – ha detto – dovrebbe farle bene” perchè ho detto “ Dottore sono stanco di spendere soldi – perchè spendevo parecchi soldi di medicine al mese – e mi trovo sempre peggio!” ha detto “Proviamo questa la prenda ancora, dovrebbe farle bene e questo per tre mesi, è uno dei primi, quindi un nuovo farmaco, dovrebbe farle bene, rimane qua [al CD], prende due volte al giorno, se ha problemi ce lo dice, sospendiamo non succede niente!”... dopo una settimana, mamma mia, spaccavo il mondo, cioè vedevo la vita veramente bella... non come la vedevo prima... è come... avanti... e ancora adesso la prendo per mantenimento... (Renato, utente cittàY)

Il racconto di Renato è interessante perché pur riconducendo all'esperienza in ospedale e ai farmaci un grosso aiuto nell'uscire dalla situazione difficile in cui era, afferma che è al centro diurno che è stato “salvato” tanto che continua a frequentarlo. Anche Agata trova nel centro diurno un modo per non stare sola dopo le difficoltà sopraggiunte alla morte del marito e racconta:

R: ... mi piacerebbe trovare un lavoro ma è difficilissimo... e quindi vedremo andando avanti se...salta fuori qualcosa... ho fatto domanda in giro dappertutto... adesso se c'è bisogno...

A: mi racconti cosa ti piacerebbe fare Agata?

R: ... beh io ho chiesto... in supermercati roba così... un lavoro da stare a contatto con la gente perché se no son sempre da sola a parte quando vengo qua... non ho amici non ho amiche perchè... prima avevo mio marito e... e... gli amici di mio marito con le mogli ci si trovava... si usciva... così... poi da quando è mancato mio marito... non si è più fatto vivo nessuno... mi son persa per strada... per fortuna ho mia figlia che ha...adesso sebbene ha il fidanzato mi sta molto vicino... (Agata, utente cittàY)

Anche per Agata la difficoltà maggiore è vivere senza una rete di relazioni significative e il centro diurno diventa il luogo in cui trovarle. Significativi sono innanzitutto gli operatori, coloro che “salvano” dalla “melma” del disagio.

4.3 Le attività riabilitative aperte

Tra le attività riabilitative organizzate dai centri diurni delle città protagoniste di questa ricerca, focalizziamo ora l'attenzione su quelle che ho definito “aperte” alla partecipazione degli esterni. È necessario fin da subito introdurre alcune questioni

principali che riguardano lo specifico di queste attività, per poi procedere con l'analisi dei capitoli successivi.

Trattandosi di attività tutt'altro che facili da trovare all'interno dei servizi, la dottoressa Viola, psicologa responsabile di un centro diurno di cittàY, ci racconta come mai sono così rare:

A: ...rispetto al corso di teatro e il coinvolgimento della cittadinanza... avete valutato l'idea di aprire questa iniziativa a persone che non fossero del centro diurno?

Dr. V: Li abbiamo aperti al CSM, alle persone che comunque afferiscono ai servizi, non ad altre persone... che comunque sarebbe difficile reperire perché non è che puoi andare a chiedere "scusa, saresti interessato?" abbiamo aperto al centro [diurno] e anche alle comunità sempre restando nel nostro ambito... (dottoressa Viola, psicologa cittàY)

Le persone a cui rivolgere la domanda "scusa, saresti interessato?" sono quelli che chiamo esterni, protagonisti di queste attività aperte assieme ad operatori e utenti. Gli esterni sono persone che partecipano alle attività aperte consapevoli che questa attività verrà svolta con operatori e utenti dei servizi. Non necessariamente queste persone conoscono i servizi o hanno esperienza di essi, spesso non conoscono neppure un operatore o un utente quindi non hanno esperienze precedenti. Altri invece partecipano alle attività aperte in modo non consapevole o comunque dando la priorità ad altri aspetti. Un esempio è quello degli attività in cui gli utenti fanno gite, partecipano ad eventi e manifestazioni incontrando esterni, appartenenti alla comunità locale, oppure, come nel torneo di pallavolo in cui ha partecipato la squadra mista, le squadre avversarie e il pubblico anche sapendo che partecipavano utenti dei servizi, era lì non direttamente per conoscere loro ma per il torneo in sé. Tra questi eventi rientrano poi le rappresentazioni pubbliche dei corsi di teatro, in cui il pubblico può prendervi parte perché amante del teatro, non necessariamente per conoscere gli utenti. Quest'ultimo è il caso raccontato dalla dottoressa Viola e del corso di teatro organizzato nel centro diurno di cui è responsabile.

Il direttore della stessa città propone alcune riflessioni sul tema del volontariato in salute mentale che, pur non essendo centrali per le attività riabilitative aperte che ho preso in considerazione in questa ricerca, sono utili per costruire sociale la cornice entro cui si realizzano.

... c'è una disponibilità a livello umano che però va un po' coltivata... cioè non si può pensare che il volontariato nell'ambito della salute mentale abbia le stesse caratteristiche di continuità che invece possono esserci all'interno del volontariato nell'ambito della disabilità per esempio... l'utente con problematiche psichiche mette a dura prova l'identità del volontario perché probabilmente è un'identità in cui ci si avvicina reciprocamente... e quindi le richieste e i bisogni che a volte sono inesauribili non possono essere tenuti da un volontariato non profit e non professional del

tutto... deve essere un volontariato preparato e sostenuto dal dipartimento... questa dovrebbe essere una delle aree di mission del Dipartimento, però ecco... quando si hanno a disposizione delle risorse per farlo... (direttore cittàY)

Il direttore completa la nostra prospettiva sulle difficoltà nell'organizzare delle attività che coinvolgano esterni al servizio. Lui però guarda al volontariato e quindi si colloca in una prospettiva in cui l'esterno assume un ruolo "altro" rispetto alle attività riabilitative. Non per nulla parla di "identità del volontario" immaginando una sorta di vice o Alter operatore che con continuità e formazione specifica si avvicina al mondo dei servizi. Noi invece, con le attività riabilitative aperte, incontreremo un altro modo di entrare in contatto con i servizi per la salute mentale.

Alcuni esempi dei modi in cui è possibile trasformare un'attività chiusa verso la partecipazione di esterni e una prima riflessione circa le difficoltà che si incontrano a livello organizzativo, viene proprio dagli utenti, Giordano e Claudio:

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

... io per esempio vedrei una cosa diversa... ok giochiamo noi, però dentro la nostra squadra [di pallavolo] ci mettiamo due persone che sanno giocare... magari diventiamo un po' più forti come squadra e in più le persone che son dentro con noi sapendo giocare ci insegnano... c'è un mio amico che gioca che a sua sorella e gli ha chiesto "vieni a giocare con noi" e lei era disponibile... aveva chiesto agli operatori e gli hanno detto di no perché volevano che i giocatori fossero tutti del centro diurno... (Claudio, utente cittàX)

Ritroveremo le parole di questi due utenti anche nelle prossime pagine.

Come nascono le attività riabilitative aperte?

Gli operatori che ho intervistati a tal proposito mi hanno raccontato tutti la stessa modalità di gemmazione: ad un certo punto del percorso di alcune pratiche riabilitative, è emersa un'esigenza particolare da parte di alcuni operatori o dell'équipe completa. Desideravano trovare degli spazi esterni con l'idea di dare vita ad "altro", un luogo prima ideale e poi fisico che avesse una qualche propria autonomia rispetto al servizio in termini di identificazione: il tentativo era quello di

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

Questa necessità nasce da una ambivalenza che caratterizza le organizzazioni per la salute mentale (ma non solo, anche le famiglie, pur con le dovute distinzioni) che, essendo spazi "dedicati" alle persone con disagio, diventano per la comunità luoghi riconosciuti e quindi anche stigmatizzati ma per gli utenti diventano accoglienti, protettivi, rassicuranti però anche limitanti rispetto alla comunità di appartenenza. All'interno di questa ambivalenza gli operatori (almeno alcuni) iniziano ad immaginare e a concretizzare nuovi contesti per le attività, esterni - la montagna, il teatro di città, la palestra di quartiere - e si attivano così i gruppi gita, montagna o i gruppi teatro. Questi gruppi iniziano in una stanza del centro diurno per poi trasferirsi in un teatro in città, o per costituire la squadra di pallavolo che per gli allenamenti utilizza la palestra di una scuola o quella comunale. Queste esperienze hanno bisogno di tempi anche lunghi per realizzarsi perché se da un lato l'organizzazione e i suoi operatori devono aprirsi per "lasciare andare", dall'altro lato l'esterno - e quindi i comuni, le associazioni culturali, quelle sportive... - devono aprirsi per "lasciar entrare".

È quello che è successo per un servizio di cittàX, come ci racconta Sonia, infermiera:

...l'esperienza è nata su proposta della Ester Giglio [assistente sociale di quel servizio] che aveva sentito questo attore, Umberto Marinaio... il teatro della commedia dell'arte lo facevo, mi ha sempre affascinato... la proposta è stata fatta al centro diurno e c'era il dottor Arancio all'epoca e la proposta è stata subito accolta... all'inizio con un grande numero di pazienti, non c'era grande esclusione, si svolgeva qui per tre anni e si chiamava "stop! Spazio nostro" perché era qui al centro diurno ma si cercava di costruire uno spazio per noi, per il gruppo...abbiamo cominciato così dal niente, l'attore veniva con un regista, suo grande amico, e si facevano delle riprese... [...] poi c'è stata data la possibilità di uscire dal servizio e ci hanno offerto il teatro dell'orso... qui c'erano un po' di difficoltà ma poi siamo riusciti ad avere il teatro di villa rana... (Sonia, infermiera cittàX)

Molti racconti sulla nascita di queste attività riportano di esperienze iniziate grazie ad idee nate e sviluppate attraverso contatti personali di alcuni operatori. Assieme a parenti o amici gli operatori pensano e poi contribuiscono a realizzare queste idee. A volte si parte dalla curiosità di un amico che pian piano conosce la struttura in cui lavora l'operatore e da lì nasce l'idea, ad esempio, di organizzare un'attività congiunta tra gli alunni di questo amico e gli utenti del centro diurno - quello che è successo a cittàY con il gruppo attività motoria, altre volte a partire dai racconti dell'operatore, senza esperienza diretta, l'amico/parente che gestisce un circolo nautico propone un corso di barca a vela. È il caso di Nicolò che lavora in un centro diurno di cittàX da alcuni anni:

... mio suocero un giorno mi chiede “ma senti, coi tuoi matti no... non è che possiamo fare qualcosa qui con loro?”, lui gestisce un circolo nautico, e così è partita questa cosa del corso che piace molto perché la facciamo al mare, al sole, liberi... (Nicolò, operatore socio sanitario cittàX)

Questa modalità l’ho ritrovata molto spesso e sembra possa ben rappresentare una delle aperture (con tutta la loro precarietà) che le organizzazioni per la salute mentale hanno ormai consolidato attraverso i loro operatori.

Volendo mettere un po’ di ordine possiamo dire che le attività riabilitative aperte nascono in due modi:

- da un impulso esterno, per la creazione di qualcosa di nuovo, di alternativo alle possibilità esistenti, vedendo nell’attore sociale esterno un potenziale di innovazione e arricchimento (servizi, formazione, centri di aggregazione...). Così è accaduto a cittàX sia per l’esperienza del teatro che per quella della ceramica:

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

Da questo impulso esterno ci sono poi due modi di realizzare l’iniziativa aperta:

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

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

Oppure attraverso il riconoscimento formale di un’iniziativa ideata e realizzata da altri o delegando invece completamente ad un ente esterno la realizzazione di un’attività:

...c’è questa [nome] che organizza tornei di calcio.... è un’associazione... soprattutto nel fine settimana organizzano queste attività perché poi questo è un po’ il problema infatti io ho appoggiato questo progetto perché poteva essere positivo il fine

settimana quando i centri diurni non sono aperti... fanno attività di tipo ricreativo, giocano a carte, suonano la chitarra, fanno il calcetto... (opd13)

- da un impulso interno che parte dalla co-costruzione continua delle pratiche di lavoro che attraverso la riflessività, la condivisione del pensiero organizzativo, il lavoro sull'apprendimento dalle esperienze nei gruppi di lavoro, lascia spazio all' "intelligenza istituzionale":

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

Da una nascita legata spesso ad eventi casuali più che ad un intento mirato dei servizi ci addentriamo ora al cuore delle attività aperte per coglierne le specificità.

Il ruolo degli "esterni"

Attraverso i racconti delle persone esterne intervistate – un numero molto esiguo peraltro – ho cercato di sintetizzare quali dimensioni dell'esperienza vengano messe in rilievo: pur coesistendo in ciascun racconto, i soggetti ne evidenziano principalmente due:

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

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

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

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

è stata l'occasione per lavorare con delle sensibilità diverse, con persone dalle storie di sofferenza... ed è stato bello, molto coinvolgente... è stato bello vivere questa libertà... e far star

bene...[nome utente] per esempio, ha cambiato colore... (Chiara, esterna a cittàX)

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

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

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

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

È sicuramente un punto di vista interessante quello degli esterni, che raccontano della loro esperienza in modo molto diretto e poco filtrato da conoscenze pregresse rispetto al tema e che ci regala un materiale empirico molto vivo.

Dall'estemporaneità al radicamento

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

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

Il passaggio dalla estemporaneità alla stabilizzazione è molto difficile e riguarda sia gli operatori, promotori che la "dirigenza" del DSM, sia gli esterni che gli utenti.

Si tratta di un passaggio in cui, alle difficoltà organizzative interne, si sommano quelle delle persone da coinvolgere, esterni/volontari. La dottoressa Viola racconta ora dei vari tentativi che, nel suo servizio, hanno fatto e in particolare ci racconta di un'esperienza positiva ma poi conclusa con un gruppo di volontari:

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

Questo racconto fa emergere uno degli aspetti negativi della estemporaneità (abbiamo visto che l'estemporaneità non è unicamente una dimensione negativa) di queste attività, e cioè come di fronte alle difficoltà incontrate gli operatori si sentono sovraccarichi, anche demotivati e decidono di non riproporre simili esperienze. E ritorna anche la definizione del proprio oggetto di lavoro quando si afferma che non c'è il tempo per seguire queste attività perché il lavoro da fare - che è altro quindi - è tanto. Significa affermare "non si può fare altrimenti" Questa è una modalità, altre volte, pur nella buona riuscita di queste attività, non si riproducono perché, come afferma Sara, la coordinatrice di un centro diurno di cittàX

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

facendo emergere quindi la forte spinta organizzativa che ristabilisce le routine che danno sicurezza, nelle quali si sa come muoversi, e chiude lo spazio dell'insolito,

del non previsto mettendo in rilievo le difficoltà, le ansie e le paure di utenti ed esterni e l'ulteriore carico di lavoro per gli operatori e quindi le prospettive di riabilitazione in cui si collocano.

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

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

Queste richieste di sostegno che arrivano ai servizi e la situazione di impotenza dei servizi stessi nel rispondere a queste richieste e quindi una situazione di pesantezza generale, svelano una criticità dell'intero sistema. Ester ci racconta la situazione in cui lei si trova a lavorare a cittàX:

La città pur povera di reti associative ha una strana modalità di rapportarsi... se vai a chiedere la città risponde in una maniera straordinaria e riesci ad ottenere delle cose impensabili seppure temporanee: ti faccio un esempio, nel 2000 c'era l'anno mondiale della salute mondiale e pensavamo cosa fare. Mi chiama un'amica di Milano dove i servizi sono più poveri ma le associazioni sono molto forti. Mi dice che... volevano fare un viaggio e mi chiede di venire a cittàX e noi dovevamo preparare l'accoglienza. Pensavamo alle cose migliori... [...] sono riuscita, con un po' di faccia tosta ma senza fatica... [...] ecco, io ho organizzato per anni dei soggiorni estivi di persone dei servizi di salute mentale in giro per il mondo che venivano in Italia [...] ci dicevano sempre di sì e siamo andati avanti per anni...ma non c'è un'associazione che propone, ci pungola...niente... [...] questa cosa del centro giovani [il CSM ospitava all'epoca dell'intervista in alcuni suoi locali, un centro giovanile]... la prima fase dell'inserimento, gli spazi all'interno del palazzo, ok ma la seconda fase era integriamoci,

facciamo delle cose insieme e non siamo mai riusciti a farla e questi sono ragazzi bravi ma... non so dirti perché, è proprio una cosa che è legata... faccio fatica a dirlo, perché, me lo sono chiesta tante volte, mi vengono delle risposte brutte sulle quali non vale la pena soffermarsi, ma una vera risposta non te la riesco a dare...ti riesco a dire di un clima di una città che non riesce a vivere la banale quotidianità così come dovrebbe essere (Ester, assistente sociale cittàX)

La stessa Ester racconta poi un esempio di attività riabilitativa aperta che si è invece stabilizzata. Perché questo succeda è necessaria innanzitutto la presenza costante di alcuni operatori che si dedicano all'attività. Si tratta di una dedizione sia emotiva che organizzativa, seguire quella particolare attività rientra tra i loro compiti formali, riconosciuti. Questo passaggio sembra essere fondamentale per permettere la stabilizzazione, ovvero il riconoscimento organizzativo dell'attività - la quale è conosciuta e riconosciuta da tutti gli operatori. Permane comunque un certo isolamento di queste attività, legate appunto solo ad alcuni operatori che ormai storicamente se ne occupano mentre difficilmente altri vi partecipano:

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

...ah guarda, del gruppo a.m.a. devi chiedere a Manuel se vuoi sapere bene in cosa consiste, io ti so dire alcune cose generali ma è lui che lo segue e ti può spiegare... (Lina, infermiera cittàX)

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

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

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

4.4 Dentro la vita quotidiana delle attività riabilitative

In quest'ultimo paragrafo descrivo le attività riabilitative principali di cui parlerò nei prossimi capitoli, per permettano al lettore di conoscere le attività di pallavolo, di teatro, attività motoria e gruppo A.M.A. nelle loro caratteristiche principali riferite ai soggetti che vi partecipano.

Descrivo anche nel dettaglio l'esperienza del torneo nazionale Sottosopra organizzato dall'ANPIS.

La pallavolo

La pallavolo è un'attività molto diffusa nei centri diurni ma è presente ancora, a livello regionale, con molta variabilità: se esistono dipartimenti in cui si sperimentano squadre aperte, ci sono dipartimenti invece in cui non esiste nemmeno la squadra "classica" (ad esempio cittàJ).

Durante la ricerca ho conosciuto due esperienze di squadra di pallavolo, una del dipartimento di cittàX e una del quello di cittàW. La pallavolo è un'attività ormai consolidata in entrambi i contesti all'interno dei centri diurni ed entrambe partecipano ai tornei nazionali dell'Anpis oltre che al campionato regionale.

L'attività è coordinata da alcuni operatori di riferimento che stabilmente se ne occupano. Tra gli operatori c'è uno sportivo o comunque appassionato del gioco che allena la squadra. L'attività sportiva riguarda però tutti i partecipanti, allenatori/operatori compresi, che provano gli schemi, corrono intorno al campo, lanciano palle e sudano. Alle partite, però, la squadra di cittàX è costituita solo da utenti mentre in quella di cittàW che ha meno componenti, giocano anche due operatori.

Gli allenamenti si ripetono due/tre volte a settimana e li frequentano utenti del centro diurno che si ritrovano nella palestra di una scuola a cittàW mentre il centro diurno di cittàX utilizza una palestra propria o strutture esterne durante il periodo estivo.

A cittàX ho intervistato utenti che oltre a far parte della squadra "classica" che partecipa ai campionati Anpis, hanno fatto un'esperienza unica finora in Veneto: hanno costituito un'altra squadra che, allenata da un atleta (non operatore), fa allenamenti serali (in orario non di centro diurno) e partecipa ad un campionato amatoriale locale. In questo caso oltre all'allenatore, gli esterni sono tutte le altre squadre che partecipano al campionato.

A cittàW ho invece fatto osservazioni e interviste della squadra di pallavolo "classica" del centro diurno nei campionati Anpis (associazione di polisportive per l'integrazione sociale) e in un'esperienza di squadra mista: in occasione di un torneo organizzato in un piccolo paese vicino a cittàW, la squadra del centro diurno ha

costituito una nuova squadra unendosi ad un piccolo gruppo di ragazze di una squadra amatoriale locale. Il torneo di quattro squadre, ha visto la nuova formazione “mista” giocare per due serate durante la festa del paese.

Il brano del diario etnografico che segue riguarda l’allenamento organizzato con l’allenatrice della squadra delle ragazze, per fare una prima conoscenza. Sono presenti anche altri due utenti che seguono la squadra (allenamenti e partite) ma non giocano:

... Oggi seguo un allenamento della squadra un po' speciale: è presente anche Rebecca, allenatrice di una squadra di ragazze intorno ai 16 anni che viene a fare un allenamento di prova in vista di uno congiunto tra la squadra del dipartimento e un gruppo di ragazze della sua. Tra qualche settimana infatti parteciperanno ad un mini torneo in cui gareggeranno come squadra mista e oggi, Rebecca, è qui per un primo incontro di reciproca conoscenza. [...] Silvia [operatrice/allenatrice] dà il via alla corsa di riscaldamento e il gruppo inizia a correre intorno al campo. Gianni [infermiere] correndo guarda verso di me “quella che si muove non è pancia è muscolo!” annuisco divertita e anche Sabrina [utente] lo è. Sauro [utente] è molto taciturno, spesso si alza ed esce per poi rientrare poco dopo [noi tre siamo seduti sugli spalti a livello del campo]. A volte invece di tornare a sedersi sugli spalti si siede per terra ai bordi del campo come se avesse voglia di entrare. Poi si sdraia per rialzarsi ancora. Se gli chiedo qualcosa lui si ferma e risponde ma poi riparte. Io e Sabrina invece ce la chiacchieriamo un po' guardando loro che sudano. Ha una predilezione particolare per Silvia, la incita e le fa dei grandi sorrisi. Filippo [utente] poco dopo si ferma e Silvia “hai finito la benzina Filippo?” L'allenamento prosegue tranquillamente, si fermano spesso a bere e fare pausa. L'atmosfera è molto rilassata, solo Antonio sembra non esserlo, si muove in continuazione tra dentro e fuori la palestra, tra gli spalti e il bordo campo. [...] Quando Silvia chiede se diamo una mano a Rebecca a raccogliere i palloni io e Sauro ci diamo un po' il cambio fino a che lui non sparisce in pulmino. Gli ultimi venti minuti fanno una partita, Rebecca in un campo lancia palloni alla formazione al completo che così può provare gli schemi. Sono bravi, hanno degli schemi da seguire e sono armoniosi. Poi ogni tanto c'è Giacomo che dà in escandescenza se altri (secondo lui) sbagliano per essere poi redarguito da Silvia che gli fa notare di non essere in posizione! Giordano e Damiano sono i più bravi – sono anche i più giovani – e soprattutto Damiano che si muove in modo un po' scattoso, sorride soddisfatto ad ogni sua bella azione... (dal diario etnografico del 22 maggio 2008)

L’aspetto interessante di questo tipo di attività sportive è costituito dal fatto che all’interno del rituale sportivo si può realizzare un sovvertimento temporaneo delle ordinarie gerarchie sociali così che, ad esempio, una persona che soffre di

depressione tale per cui non riesce a mantenere un lavoro, può essere l'acclamato bomber della squadra di calcio di cui fa parte⁴⁰. Accade quindi che gruppi o persone solitamente considerate marginali possano occupare invece una posizione centrale e assumere un ruolo positivo e valorizzante come quello di bomber o alzatore, nel quale riconoscere un valore aggiuntivo per la squadra e per sé stesso.

... [al torneo Anpis] Io mi sono divertito tantissimo perché in spiaggia a beach volley non ci avevo mai giocato, era la prima volta e poi anche abbiamo vinto parecchie partite contro le altre squadre e allora ti tirava su di morale vincere, andavi più volentieri... (Giordano, utente cittàW)

... per me ha un valore in più perché io sono cioè non bravo ma mi sento abbastanza bravo a giocare a pallavolo perché sono piccolo in altezza però quando gioco gioco abbastanza bene e allora mi sento che ogni giorno miglio nei passaggi nelle schiacciate, nelle battute e vedo che sono sempre più bravo perché all'inizio non ero neanche capace di ricevere un pallone e un po' alla volta invece ho imparato anche quello. la pallavolo è un bellissimo sport mi piace ecco, quello sicuramente... (Damiano, utente cittàW)

Naturalmente un riconoscimento positivo e l'acquisizione di un ruolo che si percepisce come significativo non sono appannaggio delle sole attività sportive. Anche in un gruppo A.M.A. accade qualcosa di simile:

Devo dire che all'inizio un po' sentivo che queste cose che andavo a raccontare mi sbloccavano dentro di me. In qualche modo era un modo di raccontare diverso rispetto alla dottoressa, alla psichiatra. Perché senti l'accoglienza che è diversa, perché sono persone che comunque hanno vissuti dolorosi, ai quali può interessare anche il tuo, perché in qualche modo ognuno rivede su certe cose il proprio percorso e questo lo è stato anche per me ascoltando altre persone. E comunque poi nel tempo ho visto che questa cosa mi faceva bene.... [...] che mi sia sentita invece particolarmente a mio agio, e comunque a mio agio è stata la conferma che mi ha dato sempre la dottoressa [psichiatra] quando mi ha detto che dopo il mio entrare in questo gruppo avevo fatto una buona impressione, soprattutto da parte, anche delle persone, ma soprattutto da parte degli operatori. Mi hanno detto che posso essere d'aiuto al gruppo, oltre che avere bisogno io del gruppo... (Letizia, utente cittàX)

Il sovvertire l'ordine dell'interazione e costituire così un'occasione di riconoscimento per gli utenti è ciò che accade in attività riabilitative che corrispondono all'utente in termini di tonalità emozionale.

⁴⁰ È il caso raccontato in un documentario dal titolo "Matti per il calcio", 2004.

L'attività motoria

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

L'attività è condotta da due operatori del centro, uno dei quali completamente dedicato a questo tipo di attività. Il numero dei componenti è ristretto a causa della limitazione offerta dai posti disponibili sul pulmino utilizzato per le uscite e quindi il gruppo è molto affiatato, essendo poi tutte persone che frequentano il centro diurno. L'apertura di questa attività alla partecipazione di esterni è stata estemporanea, solo per alcuni anni il gruppo ha svolto questa attività motoria (che combina influenze di yoga, psicomotricità e musicoterapica) con classi di un istituto superiore del territorio del dipartimento per periodi di un mese circa per ogni anno scolastico.

Il teatro

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

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

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

Per le specificità del lavoro teatrale, il senso del gruppo è molto forte, i componenti raccontano di una forte vicinanza e di una grande condivisione,

“eravamo molto affiatati... molto vicini” (Agata, utente cittàY) che riguarda tutto il gruppo, operatori ed esterni compresi.

Il gruppo A.M.A

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

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

Il Torneo Sottosopra dell'Anpis

Nella settimana che va da fine maggio agli inizi di giugno 2008 sono stata a Palinuro in occasione del torneo Sottosopra organizzato dall'ANPIS. La partecipazione è riservata alle polisportive socie ANPIS e quindi alle squadre che hanno come finalità l'integrazione sociale di persone con disagio psichico. Tra i partecipanti ci sono così squadre legate ai servizi per la salute mentale (come quelle venete) e squadre che invece fanno capo ad associazioni di volontariato che con i servizi hanno rapporti esclusivamente di coordinamento (come quelle bolognesi). Giunto alla 10° edizione, il torneo raccoglie moltissime squadre provenienti da tutta Italia, ospitate in alcuni villaggi nella cittadina che in questo periodo non hanno ancora aperto la stagione. I villaggi pullulano così di personaggi strani, lenti, goffi e soprappeso, di giovani in costume che esibiscono fisici atletici, di donne e uomini di mezza età chiamano ad alta voce nomi e danno indicazioni, c'è anche qualche bambino che si tuffa divertito in piscina mentre chi sta seduto sul bordo con i piedi in acqua li guarda divertito. In fondo insomma, non è molto diverso dal popolo abituale dei villaggi penso. In quello in cui sono io è facile individuare dei gruppi, dai pulmini disseminati in tutto il villaggio individuo le presenze delle varie aziende sanitarie come Prato, Trieste, Perugia, Este, Portogruaro, Trento, Città di Castello, Bologna...

difficile invece distinguere operatorie utenti. La mia sistemazione è in una stanza con vicini poco loquaci, spesso al cellulare o a guardare la tv.

Durante il giorno ci sono tornei organizzati di pallavolo, calcetto e basket, le serate sono impegnate in discoteca, in feste di paese o intrattenuti dall'animazione del villaggio.

... Una mattina, ai bordi del campo di calcetto del mio villaggio conosco una ragazza che sta guardando il suo fidanzato giocare a calcio. Loro vivono assieme da qualche mese, a Bologna, in un appartamento autonomo e lavorano entrambi nella stessa cooperativa sociale. Lei guarda con occhi innamorati il suo ragazzo che gioca come portiere indossando delle imbottiture sui fianchi per evitare di farsi male. Lei aveva provato a giocare ma ha capito che non fa per lei però segue sempre la squadra e fa il tifo e questo è un modo per stare insieme. Mentre le parlo una donna poco lontano ci tiene d'occhio, è un'operatrice che poco dopo si avvicinerà a noi senza però partecipare alla conversazione rimanendo come una sorta di supervisore e protettore di cui mi sento quasi intimorita come stessi approfittando o mettendo in pericolo qualcuno a cui lei tiene. [...] L'ultima sera della mia permanenza tutte le squadre si riuniscono in piazza a Palinuro per un concerto dedicato all'evento. Faccio il viaggio con un gruppo bolognese che non fa capo ad una azienda sanitaria ma è un'associazione di volontariato. Tra il gruppo conosco Clara, una ragazza giovane, robusta, che è seduta dietro. Parliamo un po' e le chiedo da quanto lavora con i ragazzi e lì lei mi dice che non è un'operatrice, è parte della squadra di pallavolo da tre mesi. Poi, scendendo dal pulmino e avviandosi verso il centro del paese mi completa il racconto dicendo che stava attraversando un periodo di difficoltà e si è rivolta ad una terapeuta che le ha fatto conoscere la squadra e anche se è da poco che li frequenta ha deciso di venire qui con loro. (dal diario etnografico)

Questa manifestazione rappresenta una vera e propria miniera di spunti, emozioni, racconti ed esperienze.

In questa prima parte abbiamo incontrato gli attori della ricerca in alcune delle loro pratiche di vita quotidiana. Abbiamo visto come abitino per lo più gli spazi di confine delle organizzazioni per la salute mentale e questo rende tutti gli attori coinvolti, ma soprattutto gli operatori, stimolati e stimolanti e, contemporaneamente fragili. È la condizione di chi abita “il margine” che “significa appartenere pur essendo estranei al corpo principale” in un modo che è anche “resistere” per poter continuare a “guardare, creare, immaginare alternative e nuovi mondi” (bell hooks, 1991).

Per le organizzazioni le attività riabilitative sono sia il modo per gestire, intrattenere la “cronicità” e quindi la fascia di utenza considerata grave e permanente,

sia la frontiera verso la comunità locale in cui si gioca la sfida per la (ri)acquisizione dei diritti di cittadinanza per gli utenti attraverso il processo di recovery.

Tra costruire calchi in gesso, leggere e commentare i giornali locali, servire a tavola durante il pranzo, guardare un film ci sono anche ore in palestra con un classe di un istituto superiore con cui si fanno laboratori di psicomotricità, corsi di teatro in cui utenti e ragazzi del luogo preparano uno spettacolo, un torneo di pallavolo paesano a cui partecipa una squadra mista di utenti e ragazze di una squadra amatoriale. Attività di confine, sospese tra l'interno delle organizzazioni fatto di routine consolidate e l'incontro con la vita quotidiana di ragazzi e ragazze, uomini e donne che abitano scuole, teatri, feste, palestre...

Esperienze importanti, che segnano un percorso dell'esperienza ma che ne svelano, al contempo le fragilità perché stare nello spazio del rischio comporta pericoli e opportunità: pericolo della contaminazione e opportunità di "connessione ritmica" con *Alter* che sono i due poli archetipi che presentati in premessa dicono dello sguardo utilizzato per l'analisi.

Continuiamo ad attraversare.

Parte seconda

Dopo aver contestualizzato le attività riabilitative che ho osservato, sia all'interno del panorama dei servizi per la salute mentale sia delle dinamiche interne alle organizzazioni, utilizzo ora uno sguardo rivolto a cogliere quelle che in premessa ho definito confini, frontiere e *Terra di Alter*.

Nel primo capitolo mi soffermo maggiormente sulle interazioni di confine e di frontiera, quelle in cui i soggetti “prendono le misure” per affrontare la *Terra di Alter*, ricercando confini e separazioni dietro cui proteggersi ma mettendo in atto, contemporaneamente, aperture che superando la paura della contaminazione predispongono le connessioni ritmiche.

Nel secondo capitolo aneddoti, riflessioni e rappresentazioni ci immergono nel “farsi” delle interazione tra operatori, utenti ed esterni in cui ciascuno degli attori in gioco ci consente di guardare nelle trame di queste relazioni così complesse.

5. Confini e frontiere, verso la “*Terra di Alter*”

Quando il nostro “sistema di rilevanza” (Schutz, 1971) pone la paura della contaminazione al centro del modo attraverso cui entriamo in relazione con *Alter*, percepiamo confini netti che ci separano e quando questa paura si attenua percepiamo allora delle frontiere nelle quali possiamo immaginare connessioni possibili. In questi momenti la *Terra di Alter* sembra lontana e le roccaforti al centro dei territori un invitante richiamo sicuro.

All’interno delle organizzazioni questo accade quando i ruoli vengono interpretati in modo rigido, si aderisce puntualmente alle routine e si costruisce un’immagine dell’altro come qualcuno da valutare rispetto a “codici” prestabiliti.

Naturalmente non intendo affermare né che gli attori di cui parlerò utilizzino sempre questa modalità né che le situazioni di cui parleremo siano “costruite” per dare vita ad interazioni in cui prevale la paura della contaminazione. È infatti la continua interrelazione tra attori e contesti nel “qui e ora” a dare la forma specifica a ciò che viviamo e osserviamo.

In questo capitolo mi dedico a rendere conto di alcuni modi che i soggetti utilizzano per rappresentarsi e vivere le interazioni all’interno della attività riabilitative. Questi modi si caratterizzano per la rilevanza che la paura della contaminazione assume nel dare forma alle interazioni.

Le esperienze degli attori della ricerca sotto forma di aneddoti, rappresentazioni e discorsi, raccontati attraverso il mio sguardo, metteranno in luce alcuni modi di attraversare confini e frontiere.

Come strumenti teorici utilizzerò principalmente le teorie dell’interazionismo simbolico con particolare riferimento all’analisi dei self situazionali e multipli, la questione dell’esistenza di un self interiore, nucleare (Collins, 1988) che è quanto mai complessa e ambivalente.

Nell’esplicitare l’esistenza di self multipli, situazionali “è nondimeno possibile che vi sia tanto un “meta-self”, o self nucleare, quanto questi vari self situazionali” (Collins, 1988, p. 325). La questione è però quanto mai controversa. Una posizione, ad esempio, è quella di Rosenberg (1981) che analizza il campo della malattia mentale in contesti occidentali. Qui il “dato per scontato” è che un individuo sano ha una concezione di sé stabile mentre problemi e disturbi della persona nascono dalla frammentazione del self e da un’auto riflessione divenuta nevrotica alla ricerca di un *oneself*, un’entità durevole e singola, che non esiste. Per Rosenberg quindi, nell’interpretazione che ne dà Collins, l’azione sociale considerata normale rifiuta un’intensiva riflessione sul self. Gli attori sociali interagiscono con i self situazionali che sono gli oggetti sacri della società come Goffman li ha intesi. Per Goffman,

infatti, l'aspetto sacro, inviolabile della realtà umana, è l'ordine dell'interazione cioè la dimensione di cornice della società rispetto alle sue parti. Nonostante questa visione Collins individua in Goffman uno degli autori che vede nei soggetti indizi di un self nucleare, un "direttore dietro le quinte", che sceglie quale *footing*

gli procura la posizione meno minacciosa per lui stesso nelle circostanze date, ovvero, detto altrimenti, lo schieramento più difendibile che può prendere. (Goffman, 1981, p. 325)

Goffman infatti, lungo tutta l'analisi delle istituzioni totali (Goffman, 1961), presenta gli internati come soggetti che attivano modalità specifiche per la difesa del self contro le aggressioni/imposizioni dell'istituzione. Ciò significa che, in qualche modo, le persone difendono un sé interiore, quello che si è costruito più profondamente a partire dalla socializzazione primaria ma, comunque, nel quale vi si riconoscono profondamente.

L'analisi che mi interessa svolgere in questa sede necessita di porre in rilievo, non tanto se esista o meno un self originario, quanto come le interazioni tra operatori, utenti ed esterni attivino e creino un self piuttosto che un altro. Quando la paura della contaminazione emerge come rilevante ecco che i self che osserviamo sono rigidi e notiamo maggiormente i confini e le frontiere che delimitano.

5.1 Una maschera organizzativa

Nella mia esperienza di intervista "delirante" (di cui ho già parlato nel capitolo metodologico) con Paride e Andrea, mi sono resa conto di avere a che fare con una maschera particolare che ho trovato "addosso" a loro e ad altri utenti ma anche a diversi operatori. Attraverso questa maschera questi attori organizzativi celebrano una "retorica del bello e buono" in cui "siamo tutti amici e ci vogliamo bene". Si potrebbe definirlo un self buonista, nel senso che offre una visione del mondo sbilanciata verso gli aspetti positivi della convivenza e del gruppo nel centro diurno. Gli operatori che la indossano e gli utenti a cui viene chiesto di indossarla – con differenti gradi di accettazione –, propongono una specifica rappresentazione della loro organizzazione. Queste due interviste particolari mi hanno così offerto l'occasione per accorgermi di questa sovrapposizione di maschere che si è manifestata attraverso un'inespressa sofferenza che però emergeva sfiatando in modi strani perché tenuta coperta, da un'altra maschera appunto. Questi modi particolari erano i cosiddetti "deliri", che mi hanno permesso di accorgermi della maschera "buonista".

Il brano che segue fa parte dell'intervista di Paride che frequenta da molti anni il centro diurno di città Y. Qui resta dalla mattina fino al pomeriggio, quando torna a

casa in autobus dalla mamma e dal fratello che lavora. Paride segue diverse attività ma quella per cui l'ho conosciuto è il "gruppo attività motoria". Insieme a questo gruppo ho fatto una gita sulla neve in giornata e successivamente sono tornata per le interviste agli utenti. Quello che segue è un passaggio che per me è stato rivelatore:

qua [al centro diurno] delle volte succedono... che vado fuori di testa, che non capisco la realtà perché guardo troppa televisione e c'è tanta violenza e poi vengo qua e non capisco cosa succede, che ci vogliamo bene... perché forse loro [gli altri, operatori e utenti] non guardano la televisione... [la televisione] mi aiuta a capire come va la realtà perché quello che dicono è quello che pressappoco succede in giro [...] È stata dura perché... ho provato a comandare qua ma siamo in amicizia qui e... ho cercato di comandare ma non si può... (Paride, utente cittàY)

Paride attribuisce alla televisione la causa delle sue "uscite di testa" perché non gli permette di capire la realtà per poi affermare che è proprio la televisione che invece lo aiuta a capire come vanno le cose. Paride utilizza la televisione come medium a cui attribuisce parti di sé che gli è impedito esprimere nel contesto del centro diurno, dove insegnano che la televisione fa male e che dobbiamo essere tutti amici. In questo modo è come se alla maschera che Paride indossava nel suo periodo di disagio più pesante, quella dell'aggressività, fosse stata sovrapposta un'altra maschera "buonista" secondo la quale l'aggressività è segno di condotte sbagliate.

Quello che a me sembra evidente è che Paride, di fatto, si trova con la sua aggressività soffocata, non espressa né, casomai, trasformata in altro.

L'altra intervista che mi mise in difficoltà era quella di Andrea. Ne riporto un brano abbastanza lungo perché solo così credo si riesca a cogliere la sofferenza e allo stesso tempo le indicazioni reali e specifiche di essa, nonostante il circo, l'armata rossa e i servizi segreti che Andrea mette in campo. Anche Andrea l'ho conosciuto nello stesso luogo e con le stesse modalità di Paride.

Mio papà invitò, pura verità, cadesse il mondo, chiamò... l'armata rossa... poi andavo al circo, era ancora viva mia mamma, alzai la mano ma così per caso "vuoi fare il domatore o il trapezista?" ma fate voi "a voi, Andrea! Il trapezista!"... io mi scuso se ti annoio che poi tu non vada a dire che ti ho rotto l'anima che dopo... sto male tutto il giorno... poi venne Togni e... io sono ancora oggi un membro della famiglia Orfei, poi... cara Alessandra... lavorai nei circhi, nell'ultimo feci un incidente, mi spaccai la testa, la rete non c'era e rimasi handicappato, la malasorte... [si commuove] conobbi mio papà, mio fratello ha voluto scappare di casa, mia madre non era la mia vera madre... c'era una signora "come stai Boris?" bene, "io e mio marito non siamo i tuoi veri genitori"... ecco... "mamma!" gridai, hanno chiamato l'infermiera, il prete... Questa è la vera storia di Boris nato purtroppo nei paesi comunisti ma non è colpa mia... qua l'anno scorso mi sono sentito dire checca... meticcio e lurido bastardo... i pazienti qui... io non ne

ho nessuna colpa, andai in Germania e dovevo parlare in tedesco... queste sono cose vere, la mia famiglia vive a Mosca... sono affezionato all'arma... io nella vita avrei voluto tanto avere una sorella no un ragazzo che purtroppo... questo qua non è il mio mondo... mio papà mi ha portato a vedere un film sul massacro degli ebrei, io non volevo andarci ma lui insisteva... ho visto delle cose... poi mio zio era direttore di un manicomio criminale di Modena, ho visto delle cose... un infermiere... in un raptus si è ucciso buttandosi giù dalla finestra... poi un infermiere... io non sono malato, non sono matto... sono tutte queste brutte cose... io amo di più i nomi russi e... sono stato scalognato... cara Alex, io sono dei corpi speciali e vengo dai paesi comunisti... ora se mi credi bene se no dì ai tuoi genitori che ti voglio bene lo stesso, sono qua perché sono orfano se no non starei qui, i mie zii sono vecchi io... non doveva esserci la morte di mio fratello... quel giorno purtroppo... un malore... ecco perché voglio cambiare città perché mi ricorda queste brutte cose... queste sono le cose vere di Boris che è il mio vero nome... non sono io, è dentro, se mi aprissi il cuore... io mi scuso con le tue colleghe ma i miei zii sono anziani e io mi stufo... non so più dove sbattere la testa... a star qua è un peso troppo... io te l'assicuro che non sono un maniaco, un matto... ho passato delle brutte storie... ora se vuoi venire a trovarmi a Mosca...

A: Mi racconti dell'attività [motoria] che fai con Mattia [educatore]...

M: Io voglio essere più capito... se mi lasciano far parte della nazionale russa... io vado d'accordo ma... Io vado d'accordo come vado d'accordo con te ma poi mi scappa... vorrei dare una mano anch'io ma come istruttore... io non sono un matto... quando sento che mi chiamano Andrea Dolcini... non è il mio vero nome... poi i Dolcini hanno fatto morire mio papà, lui era un pezzo grosso... l'hanno fatto morire piano.. a me mi piace stare con te e con Mattia ma... io non sono più italiano... a me mi piace l'Italia ma... [...]

A: Da quanti anni vieni qui [al centro diurno] Andrea?

M: Andrej!!!!

A: Andrej!

M: ...5 e più... 10 anni o 12 e 15 che vengo qui... come volontario e come capo dei corpi speciali... qua non mi capiscono... a me piacerebbe se mi facessero tornare a Mosca... (Andrea, utente cittàY)

Andrea non ha ancora un posto e nemmeno un nome in cui si riconosce e che sente suo. Anche l'attività all'interno del centro diurno che frequenta non lo soddisfa anche se va d'accordo con tutti, dice, anche con me che mi ha visto solo un paio di volte. Ma ogni tanto qualcosa gli "scappa", il self che tiene coperto ogni tanto esce ed è dirompente. Andrea esprime una difficoltà enorme, una sofferenza forte e dice "io mi scuso", "io vado d'accordo" ma "star qua è un peso" che "poi mi scappa". Anche Andrea quindi racconta di come si dovrebbe comportare, scusarsi, andare

d'accordo, ma rimane qualcosa di forte che lo agita e che non riesce sempre a trattenere, "scappa".

L'ho definita una sovrapposizione di maschere, di self, che è qualcosa di simile ai comportamenti di *colonizzazione* e *conversione* individuati da Goffman secondo cui gli internati che li adottano aderiscono alle richieste dell'istituzione concedendosi piccole infrazioni che rappresentano resistenze all'adesione completa. L'esperienza dell'intervista con Paride mi permette inoltre di arricchire le riflessioni, oltre che dal punto di vista del soggetto che "risponde" alle dinamiche organizzative, ad alcune specificità dei processi comunicativi che si instaurano tra utenti e operatori.

Anselm Strauss (1959), ad esempio, chiama *coaching* il processo che orienta la costruzione dell'immagine di sé: il coach crea un'identità per un'altra persona e agisce in modo che essa si realizzi, anche attraverso "manovre astute". Non intendo utilizzare l'analisi di Strauss nella sua accezione strategica perché non ho riscontrato, negli attori incontrati durante questa ricerca, intenti strategici realizzati con manovre astute. Ma qualcosa di simile al coaching sì, ovvero l'elaborazione di un "modello" che è stato poi proposto come "self del centro diurno" situazionale, a cui a ciascuno degli utenti è stato chiesto di adeguarsi. L'elaborazione del processo di trasformazione attraverso il coaching che Strauss chiama *conversione*, Berger e Luckmann (1966) lo chiamano *ristrutturazione* e, per alcuni aspetti, si avvicina maggiormente alla rappresentazione che voglio dare di ciò che ho osservato perché mette in campo la dimensione affettiva piuttosto che quella strategico-seduttiva⁴¹. I due autori affermano che il processo di ristrutturazione di una persona attraverso l'elaborazione del modello "centro diurno", avviene in un contesto separato (fisicamente o simbolicamente) dal mondo della vita quotidiana, in cui si stabilisce un'identificazione affettiva tra la persona e coloro che hanno il compito di mediare la nuova realtà. In pratica, per ristrutturare, è necessario isolare il più possibile la persona dalle relazioni della vita quotidiana per costruire rapporti particolari con gli addetti ristrutturatori. Centrale, in questo processo,

la visione è un po' complessa del lavoro psichiatrico... [...] si mettono in gioco delle risorse che hanno a che fare anche con... le differenze generazionali... cioè io vedo che è estremamente importante che in un'equipe ci siano i vecchi parrucconi come me ma che ci siano anche delle persone giovani che partecipano... [...] io ho degli operatori che hanno 28- 29 anni che lavorano con me... inseriti all'interno di un progetto offrono delle risorse per l'identificazione del paziente che non potrebbero essere... prodotte in un'altra struttura... cioè quello che dico sempre con orgoglio è che l'unico servizio che si può occupare di un certo tipo di patologia mentale... all'interno di una struttura sanitaria non siamo che noi... noi delle volte veniamo squalificati come servizio territoriale, ma siamo importanti quanto una neurochirurgia o un

⁴¹ Mi rifaccio all'analisi di Rosalba Perrotta (2005).

servizio iperspecialistico perchè... il processo di identificazione che offriamo ad un paziente collegato alla complessità delle differenze delle persone e delle professioni, e anche degli aspetti generazionali è così unico da poter essere offerto solamente da un servizio come il nostro... (direttore cittàY)

È il legame emotivamente forte a rendere possibile la sostituzione della socializzazione precedente con la nuova offerta in questo spazio-laboratorio. Il legame affettivo forte rappresenta quindi la possibilità di attrarre la persona e realizzare la ristrutturazione attraverso cui avviene una vera e propria “frattura biografica” come “separazione cognitiva tra oscurità e luce” (Berger e Luckmann, 1966, p. 218).

Il concetto di identificazione di cui parla il direttore ha delle assonanze con quello di cui parla Simmel (1908), un processo di identificazione che permette di riconoscersi nelle forme sociali esistenti e di stabilire comunanze e similitudini. Nel racconto del direttore non c'è però l'altro processo simmeliano di differenziazione che consente ai soggetti ricercare la propria dimensione soggettiva, originale che non si riesce a ricondurre alle forme date.

La consapevolezza del ruolo che gli operatori del servizio hanno nei confronti dei propri utenti rimane, quantomeno in questa rappresentazione, limitato ad una parte dell'intero processo.

Il seguente brano è dell'intervista a Sabino (37 anni, da quattro frequenta il centro diurno di cittàJ e lavora tre giorni a settimana come magazziniere in un supermercato) che utilizzo per chiarire meglio cosa intendo dire delle maschere su maschere. Sabino, a differenza di Paride e Andrea, ha avuto un comportamento assolutamente “adeguato”, è sempre stato molto cordiale, non si è mai spazientito, ha sempre risposto in modo pertinente alle mie domande. La psicologa con la quale Sabino segue i gruppi di empowerment e problem solving (oltre al gruppo cineforum), mi ha detto, poco prima che iniziasse l'intervista: “mi raccomando, trattami bene Sabino che è il nostro utente modello!”. Lì per lì non avevo fatto caso a questa affermazione ma dopo l'intervista, insieme alle sensazioni che avevo avuto durante, sì. Ma prima di condividerle presento uno stralcio dell'intervista:

... quindi si chiama questo corso empowerment e soprattutto adesso stiamo affrontando un aspetto che si chiama ehm... problem solving [...] e quindi dobbiamo un po' dobbiamo... un po' vedere che... eee quali sono le difficoltà che noi affrontiamo nel porci nel... la vita quotidiana eee trovare un modo per risolverlo ci è stata data un'idea siamo... ehm... ogni lunedì viene effettuato questo corso... e ci sono...circa una decina di ragazzi che lo frequentano e a turno ci è stato chiesto di affrontare un problema una difficoltà che per noi era grande... che doveva essere risolta... con l'aiuto della psicologa...allora abbiamo proposto dei problemi e li abbiamo analizzati ogni volta eee... praticamente... mm... bisogna un po'

ridefinire qual è il problema cioè una volta stabilito il problema ad esempio la nostra autonomia non siamo autonomi...

A: ...durante quest'anno tu hai avuto occasione di affrontare anche un tuo problema?

S: sì un problema è quello del lavoro... ho chiesto come facevo a a... sentirmi nel momento in cui sto lavorando in questo momento sono al supermercato però avrei anche il desiderio di trovare un altro lavoro che mi dia delle gratificazioni personali diverse... allora ho chiesto se poteva darmi dei consigli su questo problema e allora abbiamo analizzato il problema eee abbiamo detto che devo avere un entusiasmo... nel lavoro che sto facendo quindi svolgerlo nel modo più professionale più responsabile possibile e e... sapendo che... adesso frequentavo un corso di ristorazione... è bene parlare in gruppo... oltre che con la propria psichiatra però anche con gli altri con la psicologa è importante [...]

A: quindi vi capita di vedervi anche fuori dal centro?

S: con Davide soprattutto ogni fine settimana prima che facesse così freddo... e pioggia e quindi i miei genitori non mi hanno più lasciato andar fuori... giustamente anche perchè... c'era freddo... e allora abbiamo diminuito...

[...]

A: ...se qualcuno ti chiedesse un consiglio magari è anche capitato... ti dicesse che gli hanno proposto di frequentare delle attività del centro diurno e ti chiedesse un consiglio, visto che tu lo conosci, se frequentarlo oppure no... che cosa gli diresti?

S: gli consiglieri di parlare con le educatrici che si occupano di stabilire le varie attività con noi dopo che queste attività sono state concordate con le... psichiatra... psicologhe... e quindi gli consiglieri di parlare con... le educatrici e di vedere se ci sono delle attività interessanti che piacciono a questa persona e di provare a farle se poi non gli piacciono può sempre parlarne con l'educatrice e quindi o cambiare attività o farne di meno e sentire se è contenta o meno di fare queste attività... se è stato indirizzato qui al centro vuol dire che il suo psichiatra come cura ha detto che può stare qui... di rimanere tranquillo che qui ci sono delle persone che lo conoscono, conoscono i problemi che ha quindi può rimanere qui e frequentare qualche gruppo... (Sabino, utente cittàJ)

Sabino dice “è bene parlarne in gruppo” e soprattutto nell’ultima parte, quando gli chiedo di immaginare di dare un consiglio ad un ipotetico nuovo utente del centro diurno, risponde non parlando mai di sé ma riferendosi continuamente agli operatori, loro sanno cosa va bene e cosa è meglio fare. Ugualmente per i suoi genitori che, anche non vivendo con lui, regolano le sue uscite (e forse non solo quelle) e per l’attività di problem solving in cui lui dovrebbe essere il vero protagonista delle sue scelte mentre dice “abbiamo detto che devo avere entusiasmo”.

I racconti di Paride e Sabino mostrano quindi quella che chiamo “sovrapposizione di maschere”, una condizione che può essere transitoria ma anche consolidarsi. Accade quindi che all’utente del servizio venga proposta una maschera,

la chiamo maschera perché si tratta di un insieme di comportamenti, azioni e idee, che mirano ad orientare il comportamento di una persona. Paride, ad esempio, utilizza la maschera “buonista” proposta dal servizio, attraverso la quale ha ottenuto molti vantaggi in termini di riconoscimento e affetto, ma a cui non ha aderito pienamente. Paride infatti è impegnato a trovare un equilibrio tra due maschere, due rappresentazioni di sé che quando entrano in conflitto danno vita, ad esempio, alla conversazione contraddittoria che abbiamo avuto io e lui. Per Sabino invece l’adesione alla maschera “buonista” è maggiore, forse perché è più assonante con le caratteristiche del suo self più profondo: l’effetto durante l’interazione è di distacco, dell’a-personalizzazione di ciò che dice come appartenesse ad altri a cui rimanda tutte le decisioni. Per questo è l’utente modello del centro diurno.

Come anticipato, questa maschera appartiene anche ad operatori che recitano la parte degli operatori del servizio “bello e buono” in cui c’è armonia e profonda comprensione reciproca. Durante un’osservazione in un centro di salute mentale ho avuto l’occasione di accorgermi di questa maschera e riporto qui un brano del diario etnografico che riguarda la mia prima osservazione ad un centro di salute mentale periferico di cittàX. Qui ho appuntamento con Marisa, infermiera coordinatrice del centro che il responsabile del servizio (il primario) chiama “la caposala”.

... Marisa mi racconta come è organizzato il servizio [...] con aneddoti e commenti sulle scelte politiche del dipartimento [...] tesse le lodi di questo CSM in cui “tutti sanno fare tutto” in un clima sereno e collaborativo in cui ciascuno si mette in gioco. Ad un certo punto dall’ingresso che funge da sala d’aspetto [la porta dell’ufficio è socchiusa e l’ingresso non è molto lontano], si sente un uomo gridare e rumore di mobili che sbattono. Patrizia sbarra gli occhi e poggia le mani sulla scrivania “che succede?” dice piano, rimane in ascolto qualche secondo, ancora grida di un uomo che dice qualcosa riferito al dottore, che non vuole aspettare, e inveisce. Patrizia grida “chiamate Rossi!” – che è il cognome dello psichiatra responsabile, la sento in ansia, tesa. Ancora grida e lei “scusa un attimo” e si alza avanzando spedita nel corridoio. Poco dopo le voci si placano e Patrizia torna da me nel suo ufficio riprendendo il discorso da dove lo aveva lasciato come se niente fosse, senza commentare l’accaduto. Poco dopo entra un altro operatore per fare polemica con il medico che ha fatto aspettare una persona che da un po’ di tempo è irrequieto e facilmente irritabile “Rossi, al solito...” al che Patrizia minimizza l’accaduto cambiando discorso dopo un “così è!”. Riprende il tono della conversazione precedente e prosegue senza sosta raccontandomi moltissime altre cose, delle frustrazioni in merito alla mancanza di risorse, dell’utenza in aumento, della mancanza dell’assistente sociale condendo il tutto di aneddoti... (dal diario etnografico del 14 novembre 2008)

Questo aneddoto racconta di un'occasione in cui Marisa ha goffmanianamente salvato la faccia negando quello che realmente stava succedendo. La faccia che ha voluto salvare è quella buonista che indossano anche Sabino, Andrea e Paride.

È inevitabile, per i ruoli che ricoprono, che indossare questa maschera per gli utenti sia diverso che per gli operatori che agiscono “su”, piuttosto che “con” gli utenti per la costruzione dei “destini personalizzati” di cui parla il direttore del DSM di cittàY citato poco sopra. Dire operatori in senso generico significa riferirsi a figure professionali differenti tra loro (medici, infermieri, assistenti sociali, educatori, psicologi...) che hanno responsabilità, mansioni e formazione differenti come la modalità di costruire la relazione con l'utente. In questo momento li consideriamo però come un unico gruppo per fare delle riflessioni sulla relazione operatori-utenti, specificando i ruoli successivamente, aumentando così la complessità dell'analisi.

Goffman (1961) analizzando la relazione medico-paziente riprende ciò che avviene in quelle tra servitore-servito in cui il servitore presta un servizio personale al servito secondo schemi tipici, attesi:

L'interazione fra cliente e chi gli presta un servizio assume, teoricamente, una forma relativamente strutturata. [...] La parte verbale in sé contiene tre componenti: un elemento “tecnico”, che consiste nel dare o nel prendere informazioni relative alla riparazione (o costruzione); un elemento “contrattuale”, che consiste in un accordo [...]; infine, l'elemento “comunicativo” che consiste in qualche cortesia, affabilità e segni di deferenza. E' rilevante notare che, qualsiasi cosa intercorra fra cliente e chi gli presta un servizio, può essere rapportato a queste componenti e che qualsiasi divergenza può essere compresa secondo queste aspettative di norma. La completa assimilazione a questo schema di interazione fra colui che presta un servizio e il cliente è, spesso per il primo, una dimostrazione di garantire un “buon” rapporto di lavoro. (id., pp. 344-345)

Quella che individua Goffman è una relazione asimmetrica nella quale è predisposto (preparato prima), a priori quindi, come avverrà la relazione e ciò consente quindi ad entrambi di trovare l'interazione soddisfacente. Nell'ipotesi goffmaniana le relazioni seguono uno schema in cui ciascuna delle parti, a seconda del proprio ruolo, recita il proprio copione e questo soddisfa attori e pubblico che vedono soddisfatte le proprie aspettative.

Nella “danza delle parti interagenti” di Bateson (1979) invece, ciascun danzatore agisce *verso* e *agli* altri danzatori unendo aspetti tecnici e specialistici a componenti emotivo-relazionali per lo più inconsapevoli. La prospettiva batesoniana consente di guardare all'interazione come a qualcosa che si costruisce ogni volta e non è “scritta” da nessuna parte. Declinata nella scena della cura:

in nessun momento il medico (così come gli altri attori coinvolti, del resto) può avere il controllo unilaterale delle interazioni comunicative che momento per momento vanno tessendo la trama

di quella scena. Può accadere, naturalmente (e accade, infatti), che il medico creda di poter esercitare quel controllo (e che si senta pertanto inadeguato quando non gli riesce di esercitarlo). [...] Quel che gli attori in gioco credono che accada a se stessi e agli altri [...] è ovviamente molto importante... in quanto ne conseguono effetti pratici ineludibili su quel che concretamente accadrà nel vivo dell'interazione. (Manghi, 2005, p. 16)

Secondo questa diversa prospettiva, tutte le parti coinvolte partecipano alla costruzione nel “qui ed ora” dell'interazione. Ciò significa che Bateson immagina una tessitura della trama in cui a ciascun sarto è dato di tessere ogni volta in modo nuovo. Contemporaneamente riconosce, però, il significato che i ruoli hanno in questa relazione e i condizionamenti che possono creare. Questo però non significa che i ruoli ingabbino le relazioni a tal punto da essere pre-scritte in base ai ruoli ma esiste una circolarità comunicativa (Manghi, 2005) per cui ogni attore è una delle parti dell'interazione e nessuno ha un ruolo definito a priori ma emerge sempre nel farsi dell'interazione. È quindi il “sapere relazionale” che consente di generare atteggiamenti e strutturare contesti (id., pp. 27-28) situazionali.

La maschera “buonista” è quindi un modo per tentare di placare l'inquietudine suscitata da coloro che sono definiti “malati di mente”, imprevedibili nei loro modi di agire che disattendono le regole sociali (Goffman, 1963). Indossandola e chiedendone l'adesione agli utenti, gli operatori tentano di “normalizzare” l'ambiente in cui lavorano rendendolo prevedibile.

Vedremo insieme nel prossimo capitolo come operatori e utenti riescano anche a dar vita ad interazioni in cui questa maschera non è presente o è meno rilevante, in cui l'esigenza del controllo lascia spazio al fluire dell'esperienza e il processo di identificazione si completa con quello di differenziazione.

5.2 Frammentazione e ricomposizione dei corpi

In premessa ho accennato a come la concezione della persona in occidente sia storicamente definita come un insieme di parti che si distinguono principalmente in corpo fisico, il *bios*, e mente che a sua volta è mente razionale e psiche/spirito, emozione e anima. Il corpo è simbolo della società (Douglas, 1966),

È un'immagine potente: è potente il suo stesso diritto di controllare o di spiegare gli uomini all'azione. Questa immagine è dotata di forma, di confini esterni, di margini, di una struttura interna. Il suo schema ha il potere di premiare il conformismo e di respingere ogni attacco. Vi è un'energia nei suoi margini e nei suoi spazi non strutturati. Ogni esperienza che l'uomo ha di struttura, margini e

confini è pronta ad essere adoperata come simbolo per la società.
(id., p. 177)

Nella concezione dominante il corpo è strumento attraverso cui è possibile il vivere sociale, il processo di civilizzazione che ha origine con il controllo degli istinti e quindi l'“addomesticare” i corpi (Elias, 1939). Elias è consapevole però che

viene presentato come separato ciò che di fatto è connesso, come isolato ciò che nella realtà è interdipendente. (id., p. 346)

Troviamo quindi prospettive che vedono il corpo non oggetto ma soggetto dell'interazione che altrimenti sarebbe impossibile: “l'incontro avviene sempre nel e con il corpo” ci ricorda Melucci (1982, p. 103), come Collins (1988) e la “compresenza fisica” necessaria alla dinamica rituale. Raimon Pannikar (1998) ci aiuta a “tenere insieme” le dimensioni della realtà dell'uomo e della donna:

la realtà, per dirla in forma molto semplificata, comporta per noi tre dimensioni... noi disponiamo di tre sensi che ci mettono in contatto con la realtà...: la *realtà sensibile*, empirica, che rientra nell'area in cui si esercitano direttamente i sensi tradizionali della percezione; la *realtà che mi viene rivelata dalla ragione* che corregge i dati dei sensi; e una terza dimensione che si potrebbe chiamare *visione mistica* [...]. La verità dell'uomo si ha nell'equilibrio fra queste tre dimensioni. (id., p. 8)

Quelle in cui ci addentriamo ora sono rappresentazione di un modo di interagire con le persona con disagio psichico che le rappresentano come costituite da parti sane e parti malate. In alcuni dei racconti degli utenti, come degli operatori, emerge l'importanza del riconoscimento di queste parti e la scelta quindi di quali utilizzare, di volta in volta, nelle relazioni. Inoltre, la rappresentazione della persona come un insieme di parti sane e malate porta ad utilizzare termini come frantumazione e ricomposizione di sé. A me sembra che questa prospettiva sia coerente con la scelta di utilizzare il termine malattia, che significa parlare dei processi di reciproca identificazione tra la collettività e il malato, delle “procedure” sociali costruite per interagire con il disagio. Ci si riferisce quindi ad un corpo “malato”. Herzlich (1969) ha svolto una ricerca sulle rappresentazioni di salute e malattia che sono risultate essere chiaramente strutturate: la malattia necessita di essere spiegata, di individuarne le cause in opposizione alla salute che invece semplicemente c'è. Queste rappresentazioni, inoltre, si strutturano attorno all'opposizione tra individuo e mondo sociale, tra interno ed esterno. In questa visione la salute diventa un processo attivo, di intensa e continua negoziazione tra due poli in perenne tensione:

lo studio mostra chiaramente che il linguaggio con cui ci si esprime a proposito della salute e della malattia [...], non è un linguaggio del corpo: è un linguaggio del rapporto dell'individuo con la società”. (Herzlich, Adam 1994, p. 72)

All'opposto il termine sofferenza rende maggiormente conto della complessità di ciò che accade alla persona come ho esplicitato in apertura a questo lavoro.

Le rappresentazioni del corpo degli utenti – metafora per dire della modalità di interazione - che alcuni degli attori ci forniscono, rendono pienamente conto di come sia presenta una certa diffusione di questo modello che vede coesistere parti sane e parti malate, presentata quindi come non problematica. Un ex utente del DSM di cittàX⁴² racconta così il senso che assume, la frequentazione del centro diurno, per le persone con disagio psichico:

dare una storia alle persone in modo che la persona si riconosca nelle proprie parti di scissione [...] Questi aspetti della persona [come l'aggressività] sono contenuti in un ambito [quello del centro diurno] di raccoglimento delle parti della persona [...] non è come la realtà ospedalizzata in cui si accumulano ricordi pesanti o non ci sono ricordi [...] le persone acquistano tutta una serie di parti facendo un percorso all'interno dei laboratori, di acquistare delle parti che vuol dire confrontarsi con le parti di cui si ha paura, quelle che gratificano, quelle che piacciono... (Tommaso, ex utente cittàX)

Anche Riccardo, psichiatra a cittàW, ha una rappresentazione simile del modo in cui entra in relazione con la persona con disagio psichico:

io ho fatto un gavettone a un paziente e lui è riuscito a farlo a me due tre giorni dopo... e questa è una relazione, uno scambio fra partner che possono permettersi di entrare e uscire dal ruolo senza confondersi e senza paura di entrare e uscire dal ruolo... e quel paziente si può dire guarito, capace di relazionarsi a me non solo con le sue parti malate ma anche con le sue parti sane in una dimensione di gioco, libertà... di mostrare che la nostra relazione è sana e ha dato i suoi risultati... (Riccardo, psichiatra cittàW)

Nelle parole di questo psichiatra è chiara la tensione ideale verso una visione olistica dell'utente ma la si realizza immaginando un "mettere assieme" parti in una relazione "sana" quindi sott'intendendo una distinzione e separazione tra essere sano e malato, parti sane e parti malate. Anche dicendo "entrare e uscire dal ruolo" Riccardo rappresenta un confine netto tra ruoli da cui o si è fuori o si è dentro, al massimo si può continuamente entrare ed uscire. Non immagina quindi la possibilità di rimanere nel ruolo e, contemporaneamente, renderlo poroso, disponibile ad essere attraversato.

⁴² Intervista realizzata da Valentina Rettore nell'ambito della ricerca "Disagio psichico, servizi e comunità" – Fondazione San Servolo I.R.S.E.S.C. Venezia. Ringrazio l'autrice per avermi concesso la possibilità di utilizzare questo materiale.

Un altro utente, un componente del direttivo ANPIS che ha organizzato il Torneo Sottosopra a Palinuro nel 2008, riprende la stessa visione. Durante il convegno dal titolo “Dalla cura al diritto di cittadinanza” organizzato in occasione del torneo, ha raccontato la sua storia (successivamente mi ha poi fatto avere copia del testo scritto da cui riporto l’intervento):

ero convinto di avere una malattia sconosciuta che mi aveva depsiichizzato (coniai questa parola per dire che di me non c’era più niente). Ora posso dire che derealizzavo le mie percezioni, non percepivo il tempo e vivevo una sensazione di incorporeità [...] Durante un ricovero in una residenza per pazienti psichiatrici... cominciammo ad andare ad allenarci... in un campetto poco distante... dopo un po’ di tempo capii che le reazioni d’ansia e le sensazioni di soddisfazione e di delusione che provavo sui campi da calcio erano il segno di una partecipazione emotiva che significava che non ero depsiichizzato come avevo creduto fino a quel punto, ma che avevo una piccolissima parte funzionante. Mi ritrovai ad avere due frecce per il mio arco: la caparbieta e la coscienza di avere una piccolissima parte sana. A quel punto smisi di giocare a calcio e cominciai ad impiegare queste armi nella psicoterapia. (Alessandro, ex utente)

Gli attori presentati finora (uno psichiatra e due utenti che hanno ruoli di rappresentanza, l’uno attraverso un’associazione di utenti, l’altro attraverso un’associazione sportiva) rappresentano la persona con disagio psichico come un insieme di parti sane e malate dove le prime portano ed uno stato di “crisi” mentre le seconde ad uno di “miglioramento”. Entrano in gioco ruoli, luoghi e momenti differenti che costituiscono l’ambiente in cui trovano spazio solo le parti malate e quello in cui invece emergono quelle sane.

Quando iniziano ad emergere le parti sane, cambia la rappresentazione di sé, passando da un’identificazione “semplice” con la malattia alla acquisizione di consapevolezza della complessa interazione tra malattia e “normalità”.

Il passaggio dalla frantumazione alla ricomposizione passa attraverso il riconoscimento della parti sane in una sorta di acquisizione di consapevolezza della propria complessità nel senso di co-abitazione di differenze: non solo parti malate ma anche parti sane.



Georges Perec (1995) utilizza la metafora del puzzle guarda alla ricomposizione come a qualcosa che dà senso “all’insieme” ovvero alla connessione tra le parti.

L’oggetto preso di mira - sia esso un atto percettivo, un apprendimento, un sistema fisiologico o, nel nostro caso, un puzzle di legno - non è una somma di elementi che bisognerebbe dapprima isolare e analizzare, ma un insieme, una forma cioè, una

struttura: l'elemento non preesiste all'insieme (...): conta solo la possibilità di collegare quel pezzo ad altri pezzi e in questo senso l'arte del puzzle e l'arte del go hanno qualcosa in comune; solo i pezzi ricomposti assumeranno un carattere leggibile, acquisteranno un senso: isolato, il pezzo di un puzzle non significa niente... (Perec, 1995, p. 7).

Non si tratta infatti di eliminare delle parti in favore di altre ma di cambiare sistema di rilevanza e quindi guardare alle connessioni piuttosto che alle separazioni, incontrando la complessità.

Alessandro ad esempio, di cui abbiamo letto il racconto poco sopra, si focalizza sulla presa “coscienza di avere una piccolissima parte sana” piuttosto che sul fatto di esserci riuscito attraverso “il segno di una partecipazione emotiva”. Questo ci dice che nei campi da calcio ha avuto l'occasione di fare esperienza della sua emotività cioè del “senso” che dice “come” vivi l'interazione. Il momento dell'accorgersi ha a che fare con il *respirare*. Quello che Alice Banfi, *matta* (come lei si definisce), per molto tempo non è riuscita a fare, vivendo in apnea, come racconta:

A tutto questo non c'era mai tregua, mai un secondo di vita normale, d'altronde la normalità mi terrorizzava... Ho passato così almeno dieci anni della mia vita senza mai dare respiro al mio corpo e alla mia anima, convinta che nulla sarebbe cambiato ma continuando a chiedere aiuto, ad urlare a tutta voce senza dare tregua nemmeno agli altri.

(Alice Banfi, da www.forumsalutementale.it)

L'immagine di un corpo e un'anima che non respira credo renda bene la rappresentazione di cosa accade quando, pensando alla separazione tra parti (sane e malate), una di esse viene negata. Come ci ricorda Panikkar (1998), che guarda al respiro come alla manifestazione di ciò che viene dal profondo e, soprattutto, non ha a che fare con la volontà:

l'aspirazione è il dinamismo del mio essere, una risposta all'ispirazione dello spirito che opera dal di dentro... promana sempre da me, dalla mia interiorità; siamo allora nell'ordine del respirare – ispirazione, aspirazione. È molto più profondo che un volere determinato... le cose ci sono date. Abbiamo perso, per dirla all'occidentale, la dimensione femminile della vita che non va confusa con la passività pura; è qualcosa di molto più profondo. (id., pp. 62, 63)

Per Alessandro questo qualcosa è stata l'emozione che gli ha consentito di (ri)connettersi al ritmo della vita dalla quale si era isolato.

Enrico Baraldi, psichiatra di Mantova che dirige un centro psicosociale e l'emittente radio *Rete 180 – la voce di chi sente le voci*, ha scritto diversi libri divulgativi tra cui dei romanzi. Nel suo ultimo *Psicofarmaci agli psichiatri*, il

protagonista è uno psichiatra che, cadendo con l'auto da un viadotto autostradale, ripercorre la sua vita e le vicissitudini che coinvolgono due sue ex pazienti e un collega psichiatra, "un anziano e sovversivo dottore che predica la *fratellanza* terapeutica e l'abolizione dei farmaci"⁴³. Egli, da una vita vissuta nel mainstream psichiatrico, ha abbracciato ora una nuova modalità di interazione con il disagio psichico, fatto di lunghe passeggiate sulla spiaggia di un'isola del Brasile in cui si è trasferito. Trovo molto interessante questo libro per come Baraldi, lo psichiatra mantovano, utilizza l'espedito narrativo per raccontare, "tirare fuori" questioni che lo animano e che, probabilmente, sarebbe in difficoltà a presentare in altro modo. È come se utilizzasse il suo romanzo per poter vestire i panni di un altro sé ed esprimere così idee e desideri che altrimenti andrebbero contro la principale corrente della psichiatria contemporanea italiana. Riporto una citazione interessante che parla delle parti sane e di quelle malate, presentata dall'autore come innovativa, contro tendenza:

Attacco, strategia, debellare: più che medici interessati a curare le persone mi sembrano soldati al fronte di una guerra che io proprio non capisco. Da quando ho lasciato l'America per cercare pace prima per me, poi per le persone che mi chiedevano aiuto, è cresciuta in me la certezza che sia più utile fare convivere la malattia mentale di una persona con la sua parte sana, mediando tra le due per ottenere una giustapposizione armonica. Non bisogna negare il loro valore reciproco, ed è insensato chiedere il sacrificio dell'una perché l'altra possa progredire. (Baraldi, 2007, p.51)

Anche l'autore/psichiatra concettualizza una separazione nella persona tra ciò che è sano e ciò che è malato ma ne ipotizza una connessione (che preferisco a giusta-apposizione) armonica, una convivenza che non sia negazione o sacrificio.

Anche in un altro contesto di studio, come quello del gioco, possiamo ritrovare modalità che tendono a separare, guardando alle persone ponendo ora sull'una e poi sull'altra caratteristica.

Il gioco è un contesto particolare, privilegiato per osservare le dinamiche dell'interazione tra persone che abitualmente si frequentano con altre modalità. Ecco che può essere uno strumento per capovolgere, o quantomeno riconsiderare, *come* entriamo in relazione.

Le attività riabilitative di cui ci occupiamo hanno in sé aspetti del gioco. In letteratura diversi autori si sono confrontati con il gioco: Bateson (1956, 1972) principalmente, giocando lui stesso a golf con alcuni pazienti, ma anche ricercatori come Arne T. Bjaanes (1979) che ha realizzato alcuni esperimenti in stile

⁴³ Estratto della quarta di copertina del libro. Corsivo originale.

etnometodologico alla Garfinkel (1967) con “ritardati mentali” giocando a biliardo con loro:

La strategia dell’esperimento era la seguente. Durante la prima parte della partita, seguivo le regole, ma colpivo le palle con l’estremità sbagliata della stecca. Questo costituisce una violazione della pratica comune, ma non distrugge il gioco. A metà della partita, mentre continuavo a colpire con l’estremità sbagliata della stecca, immediatamente rimisi sul tavolo tutte le palle finite nelle buche. Se sbagliavo, spingevo con la mano la palla mancata in buca... Questa non è soltanto una violazione della pratica comune, ma distrugge anche il gioco in quanto tale. (pp. 430-431)

Bjaanes voleva osservare come funzionava l’imitazione o “comportamento di accettazione” definito come quel tipo di comportamento che il ritardato adotta per apparire normale e “nascondere quindi l’evidenza della malattia mentale”. Ricerche come questa “mostrano aree limitate di piena competenza, resistenti ai tentativi di manipolazione” e hanno quindi consolidato il cambio di paradigma che ha portato a vedere il ritardo mentale “in termini di competenze piuttosto che di incompetenze, sostenendo che altrimenti si rischia di trascurare le aree di competenza” (id., p. 432).

Anche dalle posizioni più “alternative”, insomma, sembra permanere questa concezione di separazione che, nei fatti, continua a produrre difficoltà nelle relazioni. Sono queste le insidie che creano le alcune delle difficoltà nell’attraversare.

5.3 “Mi piacerebbe, ma...”. Organizzare le possibilità

Avventurarsi oltre i confini e le frontiere nelle attività delle organizzazioni per la salute mentale significa anche mantenere viva la capacità di immaginare possibilità. La burocrazia, le gerarchie, le routines, le pressioni del patchwork, la mancanza di risorse sono solo alcune delle situazioni che contribuiscono ad offuscare la visione dell’oggetto di lavoro, appesantire il lavoro di operatori che così si “affannano” per compilare questionari, decifrare circolari, rispettare tempi e protocolli.

Naturalmente, oltre alle condizioni organizzative più di cornice, le difficoltà nell’immaginare possibilità vengono dalla preoccupazione verso il “non previsto”, il cambiamento e il senso, invece, di sicurezza che dà “ciò che è previsto”.

Avventurarsi significa infatti entrare nello spazio del rischio che se rende possibili delle occasioni può dimostrarsi anche un pericolo.

Damiano è un trentenne che frequenta un centro diurno a città W da tre anni. Mi racconta della situazione di stallo che sta vivendo, vorrebbe trovare un lavoro ma questo è difficile per lui e si sente senza possibilità. Ha immaginato un modo per

vivere il centro diurno diversamente ma non ha ricevuto sostegno da parte degli operatori, racconta:

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

Questa esperienza può essere letta come un'occasione che si presenta ai servizi, occasione per riflettere sugli obiettivi che si tenta di perseguire, sulla condivisione dei modi per farlo, sull'immagine di “percorso di cura”, di “progetto individualizzato” che si ha in mente. Damiano esprime un desiderio che per l'organizzazione rappresenta un'anomalia che rende difficile considerare di realizzarla, immaginare le modalità possibili per sostenerlo in questo. Come abbiamo visto nel capitolo precedente parlando di miopia organizzativa (Catino, 2009), si tende a “normalizzare” l'anomalia riconducendola a qualcosa di noto, rilevando unicamente le assonanze con le routine in atto.

Nel caso di Damiano non è previsto che degli utenti facciano da “assistente” agli operatori, non è previsto che un operatore segua un utente solo per organizzare un corso di informatica. La soluzione diventa quindi rimandarlo unicamente a sé stesso - come dice l'intervistato “dovrei crearmi io, di studiare su un libro”.

Nell'interagire con Damiano, l'organizzazione sta mostrando una rigidità nell'immaginare percorsi nuovi, nuove possibilità di entrare in interazione con lui se non quelle che sono già pre-figurate.

Questo aneddoto mette in luce come si pongano molto spesso gli operatori nei confronti degli utenti: non lasciando una reale possibilità di negoziazione ma assumendosi totalmente la parte propositiva.

Un episodio simile è accaduto a Guglielmo che ci racconta, dopo aver tenuto fede alla maschera “buonista” ripetendo più volte “niente da ridire – mai avuto problemi”, del non essere riuscito a far valere il suo “essersi stufato” di fare un'attività:

G: ... mi son sempre trovato bene qua è un ambiente positivo dove cercano di risolvarti i problemi... dove insomma non ti fanno mai pesare una cosa... è un po'... un... un ambiente... chiuso nel senso che cerchi... gli operatori cercano di proteggerti... mah non... non mi pentirei di aver di ripetere quello che ho fatto... sono contento di aver fatto il percorso che ho fatto... non ho niente da ridire

insomma su quello che ho fatto... mi sono sempre trovato bene anche perchè se no penso non sarei più venuto... almeno io personalmente mi son sempre trovato bene... dopo ci sono altri che dicono “no, si perde tempo” qua là ma... mi sono sempre trovato bene...

A: ...ci sono stati dei momenti in cui ti sei sentito un po' più in difficoltà... magari dei momenti un po' più difficili in questo percorso...

G: No, mi sono sempre trovato bene non ho mai avuto problemi... di nessun tipo... magari qualche estate che stavo male... ma per il resto non... non ho avuto... rifarei lo stesso percorso che ho fatto... qualsiasi laboratorio... ho fatto anche teatro un anno però dopo mi sono un po' stufato anche perchè mi sembrava troppo... laboratorio... non lo più fatto... anche quello è interessante perchè si imparava ad esprimersi a parlare davanti agli altri a recitare... c'era una maestra d'arte... e gli infermieri... abbiamo fatto la rappresentazione ma io stavo male non sono neanche venuto quel giorno... della rappresentazione...però ho visto le gli anni successivi che hanno fatto altre... altre cose... però mi sono tolto... delle volte sono un po' insistenti gli operatori per quanto riguarda i laboratori se uno si vuole togliere (ride) non ti fanno...non ti fanno togliere tanto facilmente... a meno che tu non lavori e allora ti lasciano stare... ma altrimenti se non lavori è difficile... volevo togliermi da cineforum un po'... perchè mi ero un po' stufato di vedere i film... perchè già vedo abbastanza televisione con mia mamma e vedersi anche i film ero un po' stufo... però mi hanno fatto cambiare idea (ride)... sono un po'... tosti per quanto riguarda togliersi

A: ...cosa ti avevano detto?

G: “nooo... ma no devi fare questo”... “non puoi toglierti non ti puoi stufare”...va beh comunque... ho detto va beh resto qua... non sono riuscito a convincerli

(ridiamo)

sì sono un po'... magari altri laboratori forse... ma qua cineforum... non sono riuscito va beh comunque... non so forse non avevo delle motivazioni valide... non... perchè gli dicevo che mi ero stufato di vedere i film... secondo loro non bastava come giustificazione... (silenzio) eh però va beh sono rimasto lì... tanto è un due ore a settimana insomma...

A: da quanto tempo fai cineforum?

G: sono... tre anni... (Guglielmo, utente cittàX)

Anche per Guglielmo non c'è stata la possibilità di essere riconosciuto nei suoi desideri anche minimi semplici come voler cambiare attività perché ci si è stufati. Per gli operatori questa non è una “motivazione valida” come lo era, invece, lo stare male con il corso di teatro.

Qual è il messaggio implicito che Guglielmo riceve attraverso questi riconoscimenti e dinieghi? A me sembra di scorgere una *riconoscimento positivo* verso la manifestazione della malattia e le sue conseguenze di sofferenze che

vengono prese in considerazione e quindi gli operatori “cercano di proteggerti”. Una sorta di *riconoscimento negativo* viene invece agito quando l’utente esprime disagi “normali” quali stufarsi di fare per tre anni la stessa attività.

Durante l’intervista al direttore del DSM di cittàY, ne abbiamo già presentato un piccolo estratto, emerge una rappresentazione della relazione terapeutica completamente sbilanciato dalla parte dei curanti: pazienti e familiari sono colori i quali ricevono cure e trovano negli operatori coloro i quali possono “offrire destini personalizzati”. Ancora una volta torna la concezione di un lavoro *sull’utente*:

D: il processo di identificazione che offriamo ad un paziente collegato alla complessità delle differenze delle persone e delle professioni, e anche degli aspetti generazionali è così unico da poter essere offerto solamente da un servizio come il nostro... e questa è una cosa che mi dà grandi soddisfazioni... [...] è una parte del lavoro che io tuttora credo che sia affascinante, che dovrebbe essere valorizzata perché come dicevo prima... la complessità delle identificazioni che può offrire un dipartimento di salute mentale, e quindi la possibilità di percorsi alternativi, la possibilità di confrontarsi con un campo istituzionale come quello che offriamo noi, penso che non esista in molte altre specialità della medicina... quindi è una peculiarità che spetta solamente a noi e di cui noi dovremmo essere orgogliosi... È uno strumento tecnico poi alla fine... uno... tecnico- terapeutico che a volte viene un po' troppo sfilacciato in una visione troppo sociologista tra virgolette... non per criticare i sociologi (sorride)... È una cosa che viene costruita con un percorso molto approfondito anche di formazione... questa è una cosa che ritengo sia affascinante perché processi di mentalizzazione che alcuni utenti riescono a costruire sono proprio legati a questa offerta che noi proponiamo... quando un servizio funziona offre questo tipo di possibilità... è un'esperienza assolutamente affascinante... Ci sono degli utenti che quando vengono da noi dopo che è stato discusso il loro caso, sembra quasi che sentono che sono stati pensati...

A: in che senso dice “sembra che sentano”?

D: ... no sembra che ci sia quasi un processo di comunicazione pre-verbale dove l'utente sente che c'è un percorso creativo di costruzione... di un percorso per se stessi capisce... come il sentire di essere pensati corrisponde al fatto di percepire che non si è abbandonati che non si è lasciati da soli e che c'è qualcuno che sta cercando di costruire un progetto per la tua vita che può permettere di ... emanciparsi da un destino che purtroppo la malattia dà e delle volte è molto severo... quindi è importante far capire all'utente e alla famiglia che questo destino può essere modificato e può diventare, da un destino ineluttabile un destino personalizzato... questa è la grande mission del Dipartimento di salute mentale: offrire destini personalizzati a persone che invece avrebbero un destino collegato al percorso biologico della malattia... perché adesso sappiamo che la malattia psichiatrica ha anche una

componente biologica che può essere modificata, che può essere condotta su altre vie rispetto a quelle che avrebbe se invece ci fosse un abbandono del paziente... (direttore cittàY)

Lungo tutto il brano emerge l'immagine di una parte attiva, quella degli operatori del DSM che "offre", "costruisce", "propone" un "percorso creativo" per una parte passiva di utenti e familiari a cui "far sentire" e "far capire" il "destino personalizzato" costruito per loro. Questa rappresentazione sottende un tipo di riconoscimento reciproco che riproduce l'asimmetria dei ruoli tra professionisti e utenti. I professionisti sono coloro che "sanno", i "sistemi esperti" e gli utenti coloro che invece "non sanno" e quindi si affidano. In questa modalità non viene riconosciuto agli utenti nessun "sapere" né competenza, nemmeno il "sapere dell'esperienza" (Jedlowski, 1994) né la "capacità di aspirare" (Appadurai, 2004) per la costruzione "di un progetto per la *propria* vita". Per Damiano poteva essere fare da segretario al centro diurno, per Guglielmo potersi permettere di essere stufo.

È interessante notare come il direttore intervistato utilizzi la "componente biologica" per, in un certo senso, giustificare la posizione degli operatori che, facendo riferimento alle loro conoscenze specialistiche, possono modificare e "condurre" un destino altrimenti ineluttabile.

Organizzare le possibilità diventa, in questo tipo di ambiente organizzativo, un processo direttivo a senso unico, dall'operatore all'utente, una sorta di stimolo-risposta. Non è *l'organizzare le possibilità* in cui ciascuno degli attori coinvolti partecipa con competenze differenti alla realizzazione di un percorso creativo sta nell'"esperienza del riconoscimento reciproco la possibilità di stabilire un rapporto positivo con se stessi" (Honneth, 1993, p. 25).

Parafrasando Valentina Rettore (2007) ho la consapevolezza che il tema del riconoscimento ci invita a riflettere sui modi che utilizziamo, nell'interazione con l'Altro, di accogliere e comprenderne l'origine e le forme della differenza. Nella scelta dei modi attribuiamo significato alle differenze intrecciando soggettività e significati socialmente costruiti. Diventa quindi una questione di modi di entrare in relazione con Alter e del rischio che si accetta di sperimentare.

La Mendola (2009), utilizzando le riflessioni di Buber (1923) dice:

si tratta di accorgersi della possibilità di costruire noi stessi e l'altro come polo di una relazione dialogica Io-Tu, curando il quando e il come, nella quale Tu non ha bisogno di difendersi perché non è in atto alcuna profanazione oggettivante, ma una valorizzazione, meglio una sacralizzazione delle differenze che non vengono né annullate né invase. (id., p. 56)

5.4 Metafore familiari, tra autonomia e dipendenza

Nel corso di alcune interviste è emerso il tema della famiglia e mi è sembrato importante e significativo renderne conto in questo lavoro. La famiglia di cui parleremo nelle prossime pagine ha a che fare sia con la famiglia “di origine” degli utenti sia con la famiglia utilizzata come metafora.

Iniziamo dai racconti di Renato e Paola che mettono a confronto il rapporto difficile che hanno con la propria famiglia di origine, con le relazioni significative con gli operatori del centro diurno che frequentano.

Renato racconta del centro diurno al passato perché, durante l'intervista, aveva sospeso temporaneamente le attività a causa di un'operazione che gli aveva richiesto un periodo di riposo. Paola, invece, ne parla al presente, avendo da poco ripreso le attività al centro diurno in seguito alla conclusione di una esperienza lavorativa. Entrambi si sono resi disponibili all'intervista non avendomi mai visto prima ma rispondendo alla richiesta fatta loro da un operatore del centro diurno che frequentano. Raccontando del loro rapporto con i familiari lo mettono in relazione e confronto con quello che hanno con gli operatori del centro, disegnando una mappa della loro rete relazionale in cui i soggetti e gli spazi di questi ambiti sembrano non comunicano tra loro. Ecco il racconto di Renato, un uomo molto sorridente:

... per me era molto interessante [l'attività motoria]... sì perchè era un po'... vari tipi di movimenti di ginnastica... varie cose. Adesso esattamente non è che me le ricordo anch'io... solo che facevamo tanta tanti tipi di giochi, alzarsi la palla, camminare in avanti indietro, di lato... ehmm... come ripeto passarsi la palla...ci dividevamo in due gruppi conforme a quanti eravamo... in due tre per parte, cinque, come se eravamo in cinque dieci... ehm, cercarci, cioè giochi un po' da bambini in sostanza... però ma era... eh eh eh (ride) insomma siamo bambini un po' grandi... ho quasi settant'anni sai... non è che sono... [...] potrei anche rimanere a casa, so che sto benino per fortuna, eh, dieci anni fa avevo di quelle idee che... tutto passato dai, ma brutte!... e qua mi son trovato meglio che in famiglia perchè in famiglia... problemi... che i figli si son sposati, ho i nipotini si va ben, e sono i miei amori ma il resto è un po' così così... e qua mi trovo, gioco, cantiamo, vistiamo, facciamo ginnastica... io sarei un pigrone... starei sempre a casa a mangiare, sarei un quintale circa... il mio brutto, la mia noia è non saper cosa fare... [il centro diurno] mi dà vita, linfa, l'ho detto alla Marina, la mia psicologa... è stato un paio d'anni fa no, la Marina, l'altra psicologa aveva detto “Sa, adesso mi sembra che sta bene, sarebbe bene che potesse rimanere a casa”, ho detto “Va ben, se vuole, però le dico subito che se sto a casa con la mia figlia che non è che, non è che siamo... insomma ci son problemi dai ... mi rimetto a mangiare e penso che ritornerò come prima e poi vi accuso... e poi ha fatto: “Come scusa è una minaccia?” “La prenda come vuole ma io so che ci ricascherò ancora!” Ho passato un paio di mesi, gli ultimi, terribili a casa... mangiavo, schifo di mangiare,

poi io sono un mangione... avevo... non ero capace di levare l'erba, di di di... cioè niente, mamma mia... cioè stavo male male male e ho fatto un due mesi di ospedale e qua mi hanno salvato... (Renato, utente cittàY)

Renato sembra vivere l'esperienza quotidiana al centro diurno come ciò che lo "salva" dalla sua sofferenza che ha a che fare anche con parte della propria famiglia. Per lui l'attività riabilitativa diventa quindi occasione per esprimersi in modi che gli piacciono, lo gratificano e gli danno "linfa".

Paola la incontro per prima volta in questa occasione pur essendo io già stata in questo centro diurno. Paola ha lo sguardo dolce ma tempestoso come moltissime delle donne che incontro nei servizi. Ha una parlata un po' stentata, a volte capisco a fatica le parole ma si racconta con tranquillità, non la sento particolarmente a disagio. Il sole la illumina mentre parliamo e credo che questa situazione in cui viene intervistata le piaccia:

P: ... io non ho un buon rapporto con i miei familiari... basta vedere quello... perchè loro tendono un po'... un po' a vedermi come... a fregarsene ecco un po' di me... vedono... come se avessi sempre problemi solo problemi non... se non avessi un senso di responsabilità mio e così insomma... invece qua... te lo creano... ti fanno capire un po' che... questo senso di responsabilità c'è che... non c'è il menefreghismo che si può trovare fuori ehm... perciò se c'è un problema vengono a chiederti che cos'hai... ehm... cosa che non mi succede a me... ma non per quanto riguarda anche gli estranei no gli estranei i cono... i conoscenti appena conoscenti insomma... eee... ma proprio come famiglia... la famiglia... ogni tanto vengono a mangiare a casa mia però... ci sono discorsi tabù...
A: cioè?

P: ... tipo il [centro] diurno è un discorso tabù... che non si sa come affrontare... diurno significa malattia... in questo senso qua non riescono a capire... non è una cosa che condivido con loro... condivido con Enzo [il compagno]...con Enzo in in parte nel senso che a lui dico cosa faccio durante la giornata così ma con loro [i famigliari] non è mai successo una cosa simile e stanno male quando... stavano male i miei genitori quando gli ho detto vado al diurno sono dallo psichiatra eccetera... non sono mai venuti qui [al centro diurno] a parte che io non li vorrei neanche... (Paola, utente cittàX)

In questi brani Paola e Renato raccontano delle loro famiglie mettendole in relazione ai Servizi: la rappresentazione che danno della loro famiglia di origine è di un'entità lontana che causa loro difficoltà e non comprende la situazione in cui si trovano. Nei loro racconti emerge la difficoltà nel condividere l'esperienza del disagio e il percorso attraverso di esso che si realizza all'interno del centro diurno, con le sue attività e, soprattutto, le sue persone, operatori in primo piano.

L'esperienza del centro diurno diventa, per Paola e Renato, esperienza di vita che realizza, soddisfa, in cui “non c'è il menefreghismo” e dove “mi hanno salvato”.

Altri attori che parlano di famiglia sono gli operatori e lo fanno rappresentando un servizio-famiglia che accoglie e protegge come fosse una “famiglia esterna”. Ciò che mi interessa sottolineare è come questa rappresentazione del servizio-famiglia abbia un'influenza diretta sulla forma da dare alle relazioni con gli utenti dall'impronta del direttore. Il brano che segue fa parte dell'intervista del direttore del DSM in cui si trova il centro diurno che frequenta Renato:

... quello che fa un utente quando viene qua è quello di confrontarsi con una *famiglia esterna* a quella che lui è abituato ad avere in testa, capisce... per quello che parlo di gruppo... noi rappresentiamo, che uno [operatore] sia a indirizzo biologico o sociale o psicomotorio o integrato eccetera... un processo di identificazione, quindi rappresentiamo un qualcosa di familiare, che per alcuni utenti rappresenta un aspetto simbolico capisce... non per niente parliamo di una *famiglia esterna* al paziente che gli evoca una serie di funzioni simboliche... questo penso sia la fotografia un po' di quello che facciamo... è una cosa inevitabile e ineludibile... (direttore cittàY)

Il processo di identificazione torna nuovamente nelle parole di questo direttore che guarda alla *famiglia esterna* come ad una possibilità per una nuova “socializzazione” che cerca di instaurare processi di “ristrutturazione” (Berger, Luckmann, 1966) su cui abbiamo già riflettuto parlando, in questo capitolo, delle maschere.

Un altro direttore di DSM intervistato come testimone privilegiato parla invece della famiglia non mettendone in rilievo il tanto il processo di identificazione quanto quello di “un riferimento” che appartiene alla “vita reale”:

... abbiamo [tra le strutture dell'A.ulss] anche una casa famiglia, che non è una struttura codificabile... è una famiglia che ha deciso di ospitare malati mentali, non particolarmente impegnativi, ma che sarebbero su una strada altrimenti... è una coppia che ha un appartamento in una casa bi-familiare; hanno il loro appartamento e un altro dove ci sono i nostri pazienti che abitano lì... poi li aiutano a farsi da mangiare, vanno da loro stanno lì anche durante le domeniche, le feste... è la vita reale, questa cosa qua non sarebbe codificata... allora a me sembra che serva che rimanga questo spirito di apertura al bisogno... al bisogno che determina una risposta, non idea che uno ha in testa, che diventa una griglia... e i bisogni stanno cambiando, io vedo che in questo momento si sta facendo... nonostante che al livello nazionale ci siano documenti che dicano questa cosa... però a livello locale, vuoi anche per la carenza di soldi, ma soprattutto per la mancanza di una cultura, non trovo che gli amministratori abbiano una cultura, specialmente per

quanto riguarda le opere sociali... non essendoci operatori specialistici [nella casa famiglia] sono pazienti un po' più autonomi degli altri, che però hanno un riferimento in questa famiglia, che è naturale... non è l'idea dell'operatore che dà le medicine. È un rapporto umano che si gioca nella vita reale... (direttore cittàG)

Questo direttore, è chiaro, si pone rispetto al tema “psichiatria e salute mentale” nel senso di voler condividere con “altri” soggetti il lavoro di accoglienza del disagio per poter rispondere ai bisogni della “vita reale”. A ben guardare sembra mettere in evidenza come ciò che accade dentro i servizi abbia poco a che fare con la vita il cui contatto, invece, è un bisogno. Ridimensiona molto l'immagine che ci è stata proposta finora di un gruppo operatori che “salva” perché riporta l'interazione operatore-utente in una cornice “di servizio” che è altro rispetto al “rapporto umano che si gioca nella vita reale”.

Riccardo, psichiatra di cittàW, mi ha fatto avere, durante il periodo della ricerca, un suo intervento ad un convegno di qualche anno fa che ora utilizzo a completamente delle riflessioni sul tema della famiglia. Per quell'occasione Riccardo scrisse alcune pagine sulla “funzione materna e paterna” riferiti alla comunità alloggio e al centro diurno che, a cittàW, sono strettamente connessi per il fatto di condividere alcuni spazi.

Quale codice affettivo impronta il Centro Diurno? [...] il codice paterno, laddove la relazione operatore – paziente restituisce ad entrambi una dimensione di frontiera, passaggio e transito maggiormente pregnanti. Il codice paterno rappresenta la spinta progressiva verso lo svincolo in termini di autonomia, verso l'esterno, verso la comunità circostante alla quale si deve tendere nei termini di restituzione del paziente alla comunità stessa. Il Centro Diurno, luogo intermedio per eccellenza, ha dunque come compito prioritario l'organizzazione ed il mantenimento di relazioni “in entrata” e “in uscita” con la comunità circostante. Centro Diurno allora come area di passaggio e quindi come area intermedia, come interfaccia fra il dentro (gli spazi privilegiati, protetti ed artificiali della psichiatria in senso lato) ed il fuori (l'ambiente naturale, il gruppo sociale di appartenenza, il mondo). (Riccardo, psichiatra cittàW)

Nella rappresentazione di questo psichiatra il “codice paterno” diventa metafora per esprimere “la progressiva spinta verso lo svincolo in termini di autonomia” nella comunità locale che deve attuare il centro diurno. Esso è frontiera.

Il termine “frontiera”, tuttavia, contiene in sé alcuni rischi, il più importante dei quali ci rimanda da un lato all'idea di una riabilitazione iperinclusiva, dall'altro all'idea di una sorta di “devozione” riabilitativa.

Per quanto attiene al senso dell'iperinclusività mi riferisco al rischio che le strutture intermedie, cioè i luoghi della riabilitazione, vengano a farsi carico in modo pressoché totale del malato mentale, svolgendo ruoli e compiti impropri che trasformano o rischiano di trasformare un paesaggio di frontiera in un paesaggio di confino, quasi una sorta di "no man's land", di terra di nessuno, un recinto dove porre tutto ciò che sia altro dal ricovero ospedaliero, altro dalla terapia psicofarmacologica, altro dal colloquio psicoterapeutico. Il territorio... è pieno di salute e di malattia; la sofferenza psichica appartiene al territorio ed alla gente che ci vive, fa parte, per così dire, del paesaggio, ne è parte integrante; non è appannaggio esclusivo della psichiatria, né tanto meno la psichiatria deve essere ritenuta come unica titolare della salute mentale, bensì come "un semplice aspetto" della salute mentale stessa.

L'idea di devozione riabilitativa [è] devozione vicariante di carenze e vuoti presenti nel tessuto sociale. Questa devozione, oblativa di mancanze e non corrisposte responsabilità del gruppo sociale [...] trova corrispondenza in un'esigenza interna al gruppo curante che chiamerei appunto "devozione" [...] diretta verso il paziente, cioè verso colui che, supposto più debole, ci seduce nel ruolo di terapeuti onnipotenti. (Riccardo, psichiatra cittàW)

Il termine famiglia ci ha permesso di addentrarci ancora di più nelle pratiche organizzative, nei modi di costruire le relazioni tra operatori e utenti e, allo stesso tempo, di vederne le interrelazioni profonde con il proprio ambiente e il bisogno degli utenti di relazioni significative. Come abbiamo già osservato, in un sistema sociale che chiede alla psichiatria di occuparsi della salute mentale nelle comunità locali, ci sono dei rischi che comportano pericoli come quello di operatori "sedotti nel ruolo di terapeuti onnipotenti". Le opportunità invece risiedono nella capacità degli attori organizzativi di essere consapevoli del proprio ruolo di *famiglia esterna* che contiene in sé, come la famiglia di origine o naturale, sia una tensione materna verso l'interno, protettiva che crea dipendenza, sia una tensione paterna verso l'esterno, di "palestra" verso l'autonomia e il "guardare avanti" (Migliore, 1999).

Ritroviamo ancora il movimento centripeto e centrifugo che richiama l'analisi simmeliana, e l'attivazione bonding e bridging di Putnam (2000), ovvero, una spinta verso l'interno e il mantenimento della relazione di dipendenza e una spinta centrifuga verso l'esterno e la conquista dell'autonomia.

Paola e Renato ci hanno raccontato di centri diurni in cui si sentono accolti e compresi anche più che dalla loro famiglia di origine. Il "codice affettivo femminile" si ritrova nelle parole degli utenti, anche in quelle di Guglielmo che nello scorso paragrafo ha parlato di un servizio "chiuso che cerca di proteggerti" mentre quello paterno sembra essere meno evidente, meno incisivo. Renato, ad esempio, pur non avendo più bisogno "tecnicamente" del centro diurno si trova dire che se lascerà il centro tornerà a star male. Dalla sue parole capiamo il centro diurno gli consente di essere impegnato, fare movimento e avere delle persone attorno con cui condividere

un percorso. Per Paola la situazione è molto simile. Entrambi ci dicono di non avere una rete di amicizie e attività che non abbiano a che fare con il centro diurno. Forse perché non ne esistono altre? Forse davvero perché, a parte la psichiatria, nessuno si occupa di offrire servizi per la salute mentale che non significhi solo (ri)conquistarla ma anche mantenerla?

Nel prossimo paragrafo presento un aneddoto per esplorare una delle possibilità che operatori e utenti utilizzano per costruire le loro interazioni quotidiane.

5.5 Rischio e consapevolezza

A cittàW ho avuto modo di raccogliere i racconti di diversi attori in merito allo stesso episodio, un'uscita non istituzionale tra operatori e utenti. Gli operatori coinvolti sono Silvia – operatrice socio sanitaria – e Rita – educatrice – mentre gli utenti sono Damiano e Giordano. Tutti e quattro fanno parte della squadra di pallavolo del centro diurno e sono “più giovani” rispetto alla maggior parte degli utenti e degli operatori.

Damiano ci introduce la sua rappresentazione delle dinamiche relazionali con i compagni di squadra e gli operatori che vi fanno parte:

A:... e nella squadra è cambiato qualcosa dopo questo viaggio [il torneo ANPIS a Palinuro]?

Damiano: No, mi sembra di no. Nei loro confronti non è cambiato niente. Io li vedevo come li ho conosciuti qua, cioè ognuno stava nelle sue per dire. Ho conosciuto un po' di più gli operatori ma non è che si sbilanciano anche loro a parlare tanto con noi che abbiamo dei problemi. Cioè Gianni è molto socievole e parla sempre con tutti ma gli altri non è che... anche la Silvia non è che si sia tanto esposta con noi. Veniva per divertirsi lei, per passare via il tempo anche perché è il suo lavoro. Cioè è operatrice insomma... (Damiano, utente cittàW)

Damiano racconta di relazioni stabili tra i componenti della squadra, in cui anche un'esperienza insolita rispetto alle attività quotidiane come la partecipazione ad un torneo nazionale che si svolge molto lontano da casa, non le modifica. È invece un'occasione in cui, a stretto contatto con gli operatori, si hanno più occasioni per conoscersi. Secondo Damiano questo conoscersi sembra avere dei limiti costitutivi dettati dal confine tra “noi, che abbiamo dei problemi” e “loro”. Questi “loro” sono anche coloro che determinano, per come Damiano si rappresenta le relazioni, il tipo di interazione possibile e quindi “loro non è che si sbilanciano”.

Giordano ci racconta dell'occasione in cui Rita e Silvia si sono “sbilanciate” invitando lui e Damiano ad un'uscita serale insieme a partire dalla comune passione per la pallavolo. Silvia fa parte, oltre che della squadra del centro diurno, anche di

una squadra amatoriale, e ha deciso, in accordo con Rita, di invitarli a vedere la partita al palazzetto dello sport della loro città. Questo racconto si colloca, durante l'intervista, nel momento in cui Giordano mi sta raccontando delle persone a cui si rivolge nei momenti di difficoltà.

G: ... beh difficoltà non ho avuto grandi difficoltà in questi tempi. Comunque su qualche problema, se succede qualcosa ne parlo volentieri con Gianni [infermiere] e con la Rita [educatrice; entrambi sono operatori referenti per l'attività di pallavolo]. L'altro giorno, lunedì avevo avuto una sfuriata a casa con mio fratello e così ero abbastanza nervoso e tutto. Poi martedì, ieri, no, domenica mi sono trovato a litigare con mio fratello e lunedì ho chiamato la Rita e si andava a vedere la partita... della Silvia [operatrice e allenatrice della squadra di pallavolo a sua volta gioca con una squadra amatoriale] la sera con lei. Poi Damiano [altro utente] non è venuto. Così. E con la Rita ne ho parlato, si perché mi aveva chiamato alle due [ore 14.00]; cos'è che dovevo fare porca vacca... no perché è tornata a casa mia mamma dal lavoro e io ero ancora a letto lunedì, ah si giusto! Dovevo andare a pallavolo alle due, e allora ho detto a mia mamma quando è arrivata "madonna mamma sono già le due! Allora fai un piacere chiama [il centro diurno] e digli che non vado perché mi sono svegliato adesso". Mia mamma gli ha detto "Non viene, non sta tanto bene" e allora la Rita gli ha chiesto "ma ha avuto l'influenza?" e mia mamma le ha detto "no"; così. E dopo con la Rita ci siamo visti la sera e le ho detto della cosa con mio fratello. Mi sono sfogato un poco anche con lei "non capisce un cazzo alle volte"!

A: Quindi la Rita ti ha chiamato dopo per proporti di andare la sera?

G: Sì, ci aveva parlato mia madre e dopo mi ha richiamato al pomeriggio e c'ho parlato assieme, e siamo andati a vedere la Silvia che giocava... (Giordano, utente cittàW)

Giordano ci racconta di un rapporto più rilassato tra lui e gli operatori che sono persone a cui si rivolge "volentieri". E ci racconta l'aneddoto dell'uscita serale con il particolare che Damiano non è andato con loro.

A sua volta Silvia mi racconta di questa serata:

...siamo in macchina, la sua [di Silvia], non quella dell'ulss... parliamo di Damiano che ha avuto una crisi dopo uno degli incontri con le ragazze dell'attività aperta: è successo che scherzavano tutti insieme, le ragazze della squadra locale e i componenti della squadra del centro e una di loro, ridendo, dice ad Damiano: "ma tu non hai problemi!" e lui lì ha dato in escandescenza, ha iniziato ad urlare facendo rimanere tutti di stucco e alla fine ha chiesto l'iniezione... [...] collegato a questo mi racconta del suo invito ad Damiano e Giordano di andarla a vedere giocare e del fatto che Damiano non si sia presentato. Sembra esserci rimasta male, racconta questo episodio come

l'ennesimo in cui c'era una bella possibilità e lui ha preferito fuggire invece che starci e commenta "io non è che lo dico a tutti di venire a vedermi!". Sembra proprio abbattuta... (dal diario etnografico del 28 febbraio 2008)

Silvia si era sbilanciata e dalle parole di Damiano, dalle mie sensazioni conoscendola e da sua stessa ammissione, non è parte del suo modo di fare quotidiano. Così il rifiuto di Damiano l'ha delusa perché sente di aver rischiato, di essere uscita dallo spazio del previsto, dalle sue competenze professionali, da ciò che le è richiesto nel suo lavoro. Pur essendo stata supportata da un'altra operatrice che assieme a lei ha vissuto questa esperienza, essa non rientra tra le attività routinarie e quindi il riscontro che avrebbe ottenuto sarebbe stato importante per il riconoscimento del significato di assumersi un rischio.

Marianella Sclavi (2000) direbbe di utilizzare l'umorismo per comprendere questa situazione e svelare le "cornici di cui siamo parte". La cornice in cui si muove Damiano è quella dell'interazione tra persone in un contesto organizzativo per la salute mentale, dove gli operatori lavorano per curare chi "ha problemi". E siccome lui "ha problemi" si sente legittimato a non accettare un invito che, magari, gli costa fatica perché significa andare in un luogo affollato.

Silvia, invece, sentendosi delusa da Damiano mostra di aver utilizzato come cornice quella di un'interazione di tipo amicale in cui se io ti invito mi aspetto che tu, da amico, accetti.

La stessa situazione, l'invito ad un'uscita non istituzionale, è considerato da Damiano nella cornice "solito rapporto operatore-utente" all'interno della quale l'operatore non si sente deluso da un rifiuto dell'utente. Per Silvia invece, la cornice è quella della relazione amicale che apre il proprio retroscena.

A partire da queste cornici o matrici percettivo-valutative differenti l'interazione tra Silvia e Damiano delude la prima lasciando indifferente il secondo. È proprio a partire dalla delusione, dall'emozione suscitata dalla "dissonanza di cornici" (id., p. 33) che possiamo

risalire alle premesse implicite della nostra cultura di appartenenza o (sottocultura). Il problema è associare questi sentimenti (di ridicolo, di ansia, di imbarazzo) invece che con un atteggiamento difensivo-offensivo come ci verrebbe naturale nella nostra cultura di origine, con un atteggiamento esplorativo, di osservazione sperimentale. (id., p. 35)

Questo aneddoto rende visibile la difficoltà che viviamo quando nella "danza delle parti interagenti" (Bateson, 1979) non siamo disponibili a considerare le cornici di cui siamo parte e di cui è parte l'altro e apprendere da questo apprendimento (Bateson, 1972) per dare vita ad "un'interazione lieve come un gioco" (Sclavi, 2000, p. 222). Le cornici e i ruoli non spariscono ma diventano porosi se siamo consapevoli della loro esistenza e non cerchiamo di renderli invece rigidi per difenderci.

Se diamo “ritmo” alla danza ci accorgeremo che essa non è mai uguale a se stessa perché la connessione ritmica con l’Altro “fa parte dell’ordine del *visuto*” (Pannikar, 1998, p. 147) che continuamente contribuiamo a costruire.

Cap 6. Nell'attraversare la "Terra di Alter"

In questo capitolo attraversiamo la *Terra di Alter* assieme ai protagonisti di questa ricerca e li osserviamo. Osserviamo come "danzano" il loro incontro l'uno con l'altro muovendosi nel fluire della vita tra forme che si cristallizzano e si disciolgono. Li guarderemo maneggiare la piacevolezza che darà senso e significato alle interazioni e al loro essere parte dell'ambiente organizzativo. La nostra attenzione sarà catturata dagli operatori che, al centro delle esperienze riabilitative, danno vita a routine rigide e chiusure protettive ma anche a ponti che connettono con altre isole di significato. Li vedremo anche fare di più, essere "porta" per come l'ha codificata Simmel, per sostenere gli utenti nell'esplorazione delle possibilità.

Ci avvicineremo poi alle interazioni con gli esterni nelle attività riabilitative aperte, dove accettare il rischio di fare esperienza nella *Terra di Alter* significa sperimentare la piacevolezza, un tipo di riconoscimento nuovo ma anche le difficoltà, le inquietudini e i passi indietro.

6.1 Piacevolezza nel farsi dell'esperienza

Fin dalle prime osservazioni sul campo mi è sembrato indispensabile riflettere sui modi piacevoli di cui facevano esperienza operatori, utenti ed esterni nelle attività riabilitative. Questi modi avevano molto in comune con la socievolezza simmeliana così l'ho utilizzata come riferimento per l'analisi della dimensione del piacere nella relazione operatori utenti innanzitutto e poi, con gli esterni. Situazioni piacevoli, di gioco e svago vissute assieme, sono occasioni di confine, da diversi punti di vista. Innanzitutto sono organizzativamente situazioni ai confini nel senso che non fanno parte del quotidiano dei DSM ma rimangono rare, occasionali e quindi rappresentano di per sé stesse esperienze "altre". Questo per diversi motivi: abbiamo visto nella seconda parte di questo lavoro, parlando delle organizzazioni, come la dimensione del piacere venga osteggiata dalle dirigenze, separando quindi i luoghi del lavoro (serietà e fatica, anche sofferenza) da quelli del tempo libero (leggerezza e piacere). Questa separazione di luoghi, attività ed emozioni/stati d'animo limita i mondi possibili realizzabili.

In questo paragrafo si prendono in esame alcune situazioni in cui nello spazio di confine gli attori si sono mossi con piacere. Nell'incontro tra operatori, utenti ed esterni poi, in occasione delle attività riabilitative aperte, la dimensione del piacere ha consentito di superare la paura dell'altro, della contaminazione, per stare nello spazio del confine tra sé e gli altri.

Ho già introdotto cosa intendo con piacevolezza nel capitolo teorico, la componente di piacere nella socievolezza tra attori sociali, anche nelle organizzazioni per la salute mentale, partendo dall'osservazione di come i momenti di piacevolezza siano osteggiati perché considerati non produttivi e ostacolo alla ricerca dell'ordine e della prevedibilità. Voglio mostrare come operatori, utenti ed esterni riescano, nonostante questo, a farne esperienza.

Uno degli aspetti più importanti delle attività riabilitative – e in particolare di quelle aperte – è la diversa atmosfera che gli operatori raccontano di respirare rispetto al loro stesso lavoro in altre strutture come l'SPDC o le comunità alloggio o altri momenti di vita organizzativa nei centri diurni. Quando poi le attività si svolgono fuori dai luoghi dell'organizzazione è come se l'effetto aumentasse anche grazie alla sensazione di ri-appropriarsi della città e di accompagnare i pazienti in questa ri-appropriazione. Gli operatori che attivano e partecipano a queste attività non sempre sono supportati dai colleghi e si ritagliano, e sono ritagliati oltre, in uno spazio autonomo, quasi distaccato dal resto, in cui fare questa esperienza. Irene, operatrice di cittàY, racconta di questa situazione attraverso un aneddoto originato dalla curiosità di una collega:

... c'era una mia collega... che diceva: ma cosa fate dentro quella stanza [attività motoria] che entrate con una faccia ed uscite con un'altra? E una volta è venuta anche lei e ha detto “ah adesso ho capito”... quando... lavori con la musica... ti senti proprio diverso e vedi che anche loro [gli utenti] non sanno spiegarselo però... anche per esempio, vai fuori a fare una passeggiata loro... esprimono in maniera diversa... perché la vivono come una cosa naturale di amicizia... sono venute fuori di quelle cose mentre cammini in mezzo alla natura da persone che magari qui dentro non parlano quasi mai... (Irene, operatrice socio sanitaria cittàY)

Irene, che da alcuni anni non si occupa più dell'attività motoria, in questo breve estratto, ci mostra un'occasione di confronto con altri colleghi sia come piacevole fosse per lei e per gli utenti svolgere determinate attività come lo yoga e le passeggiate in montagna che erano “lontano” idealmente o fisicamente dalle pratiche quotidiane del centro diurno.

Anch'io ho avuto modo di fare esperienza di momenti di socievolezza assieme al gruppo a cui apparteneva Irene che ora è organizzato da Mattia e Sibilla. In una giornata invernale siamo andati a camminare sulla neve.

Scendiamo il sentiero velocemente ma Andrea ha delle difficoltà: non ha gli scarponi e la neve lo fa scivolare spesso. Io e Mattia [educatore] lo aspettiamo mentre gli altri sono avanti a noi. Anche Paride si preoccupa di Andrea e rimane tra noi e il gruppo. Mangiamo i panini nel pulmino, è Andrea a tenere banco parlando di sport. [...] Mentre ci avviciniamo al rifugio il gruppo è

compatto, entriamo e, dopo aver ordinato, ci avviciniamo al caminetto. All'interno ci sono due ragazze dietro il banco e due uomini anziani seduti su una panca vicino all'ingresso, di fronte al banco. Le ragazze sorridono, gli uomini scrutano con aria indagatrice ognuno di noi, da veri uomini di montagna, per continuare poi la loro conversazione sullo stato dei rifugi più in alto, isolati dall'ultima nevicata. Nel caminetto arde un bel fuoco e ci dirigiamo tutti verso di lui, sedendoci, chi sul bordo del camino, chi sulle sedie poste in disordine vicino ad alcuni tavoli. Creiamo così una specie di cerchio. La nostra attenzione viene catturata subito da un coniglio che si è rifugiato sotto il camino, vicino alla legna da ardere. E stiamo lì, per un po', a guardare il coniglio e a cercare di accarezzarlo, raccontando le reciproche esperienze con questi animali. Siamo rilassati, per alcuni minuti mi dimentico memorizzare ciò che accade, mi godo questa pausa e basta. (dal diario etnografico del 23 gennaio 2009)

Mi rendo conto di quanto sia difficile raccontare dei momenti di piacevolezza, li si liquida con un “siamo stati bene” o “mi godo questa pausa e basta”. Ma gli effetti che essi producono possono essere rilevanti. Ad esempio possono incidere sul legame di fiducia tra le persone, possono aumentare la reciproca conoscenza, su cose che riguardano l'infanzia, la vita quotidiana, particolari che danno colore alla relazione. Questi momenti possono anche aggiungere conoscenza “terapeutica” all'operatore, magari da condividere con i colleghi per ampliare la “cassetta degli attrezzi” a disposizione di tutti come abbiamo visto fare all'équipe del dottor Giallo a cittàX. Irene continua a raccontarci cosa abbia significato per lei camminare “in mezzo alla natura”

A: ti viene in mente un episodio rispetto a questa cosa... che ti ricordi...

I: di un signore che è mancato qualche anno fa che lui si esprimeva sempre molto poco non mi chiedeva mai qualcosa della mia vita e... eravamo in una passeggiata e siamo rimasti indietro per caso e si è messo a raccontare cose che non avevo mai sentito... di un'operazione che aveva avuto, che aveva perso la mamma molto piccolo e ad un certo punto mi ha detto “a te posso raccontarlo mi capisci perchè ti è mancato il marito”... non me l'aveva mai detto...e mi parlava e immaginava quello che io provavo quello che... e l'ho lasciato parlare per sentire... è stato perchè ho detto “una volta che parla!” (sorride) una persona tutta diversa, perchè questo signore parlava poco perchè non sapeva bene esprimersi e gli veniva spesso detto “non si dice così, non si dice colà” quando diceva qualcosa... lasciato invece parlare a ruota libera...

A: ...è stata un'occasione che avete avuto...

I: madonna! Un'occasione sì!... (Irene, operatrice socio sanitaria cittàY)

L'occasione che entrambi hanno avuto, Irene e questo signore, è stata quella di mettere nella relazione aspetti di sé che non avevano a che fare con l'essere operatori o utenti ma persone con una storia, esperienze e vissuti. Entrambi non hanno interpretato rigidamente i propri ruoli di operatore e utente, sperimentando così un modo nuovo di stare in relazione. Irene sorrideva mentre mi raccontava della sua partecipazione al gruppo, era tenera mentre parlava di questo signore che aveva toccato corde sensibili, che le si era mostrato come non aveva mai immaginato. Che tipo di risvolti hanno occasioni come questa nel percorso non solo personale ma anche delle pratiche organizzative dei servizi? Che tipo di apprendimento scaturisce da queste esperienze? Rimane patrimonio del singolo? Abbiamo visto come spesso gli operatori delle attività riabilitative aperte siano isolati rispetto all'organizzazione generale del servizio così che l'apprendimento del singolo non riesca a diventare apprendimento condiviso perché bloccato da esigenze organizzative come tempi e risorse che nell'arena politica organizzativa sono voci che hanno maggiore accesso al discorso organizzativo (Bifulco, 2002, p. 100).

Della piacevolezza vissuta nelle attività riabilitative Irene racconta di averla "trasmessa" anche ad altre attività del suo lavoro come quella di redigere una relazione.

...per esempio, adesso non la faccio più [l'attività motoria] ma sono andata lo stesso al convegno a Montecchio⁴⁴... sì perché.. mi interessava... e poi la relazione, che pensavo di poterla scrivere al lavoro, invece poi non c'è stato il tempo mi sono messa a casa... e mio figlio diceva "ma tu non vai più ai convegni se dopo devi lavorare a casa!" "ma non ha importanza Andrea perchè mi dà lo stesso qualcosa" no?... e provavo piacere a star lì a scrivere la relazione a... ripassare mentalmente quello che... (Irene, operatrice socio sanitaria cittàY)

Rimane insomma, un'esperienza soggettiva che non produce apprendimento per l'organizzazione e questo è dovuto, oltre che per la forma dell'architettura organizzativa che prevede ruoli di confine per le attività riabilitative aperte, al fatto che il piacere non venga tematizzato perché considerato improduttivo e superfluo.

La dimensione di piacevolezza del lavoro di cura che non è compresa, non è sostenuta, valorizzata ma sopita dalle dinamiche organizzative, come se la piacevolezza fosse sinonimo di improduttività e quindi del perdere tempo. Diversi operatori hanno fatto affermazioni come quella di Nicolò

... se vai a fare il corso di vela con loro [gli utenti] ti dicono che sei andato a divertirti (Nicolò, operatore socio sanitario cittàX)

⁴⁴ Irene si riferisce al Convegno regionale "L'attività fisica nel contesto della riabilitazione psichiatrica" 12 dicembre 2008 Montecchio Maggiore (Vi).

L'esperienza di Daniela, educatrice di strada, da questo punto di vista è emblematica. Rispetto ai suoi committenti (direttore DSM, Comuni dove svolgono l'attività di educatori di strada, i dirigenti del SerT) si accorge della difficoltà che ha nell'ottenere un riconoscimento professionale come "attivatrice di piacevolezza":

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

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

La piacevolezza è considerata superflua anche per alcuni familiari degli utenti, come racconta Laura che ha sperimentato le difficoltà nell'ottenere dai familiari collaborazione nel sostenere le attività che lei definisce "ricreative"...

... chiedere un euro per bere un caffè fuori "cosa? non ne ha bisogno" ti rispondono [i familiari], l'unica cosa di cui hanno bisogno sono le terapie psichiatriche, non vedono il bisogno per i loro figli di andare un giorno al mare, un giorno in montagna. gli aspetti ricreativi non sono cose importanti. a questo punto qui fai poco... (Laura, educatrice cittàJ)

L'impossibilità di venire riconosciuti nel proprio ruolo di operatori "nella piacevolezza", non considerata come aspetto rilevante e significativo dell'esperienza professionale e riabilitativa per gli utenti, può essere causa di accentuazione dell'isolamento rispetto all'organizzazione per poter così perpetuare e godere della piacevolezza.

Anche gli utenti riferiscono il piacere della socievolezza rendendo conto della stessa atmosfera ma sempre difficile da raccontare. Giordano, utente ci cittàW, racconta della piacevole situazione che si è creata durante un torneo paesano di pallavolo a cui ha partecipato la squadra del centro diurno, arricchita per l'occasione, con alcune ragazze di una squadra amatoriale locale. Oltre al torneo è stata l'occasione per passare del tempo assieme tra allenamenti e cene allo stand gastronomico:

G: ... sono state due serate belle perché siamo stati in compagnia, ci siamo divertiti, abbiamo mangiato insieme, così insomma. E boh... a me piace giocare mi diverte, sono stato bene, e poi anche le ragazze per quanto fossero abbastanza giovani sembrava che ci capissero, non hanno trovato che so, qualche timore, anzi, almeno io ho parlato tranquillamente, forse io essendo anche più vicino per l'età. Poi una ragazza la conosceva una mia amica, quindi si è parlato... mi è dispiaciuto anche perdere la prima partita perché se ci impegnav, no neanche se ci impegnavamo di più, se avevamo un po' più di fortuna potevamo passare la prima partita e così arrivare tra le prime due invece che ultimi, perché c'erano 4 squadre, c'erano le due semifinali, poi la finale e basta. Poi le finali di paese comunque sono carine, c'è gente, tutti si conoscono...

A: tu conoscevi qualcuno nel paese di Gianni? [il torneo si è svolto in una località periferica di cittàW dove risiede Gianni, un operatore del centro diurno]

G: .. nel paese di Gianni no però l'atmosfera che c'è tra la gente è carina insomma [...] Bello perché come ti dicevo prima sono giornate in cui stai in compagnia, fa piacere... (Giordano, utente cittàW)

Concedersi e concedere spazio e tempo per fare esperienze di piacevolezza costituisce una sfida importante per le organizzazioni per la salute mentale che attualmente faticano a riconoscerne il significato per gli attori. L'accettazione del rischio che comporta tematizzare questo argomento richiede servizi disponibili ad apprendere, accettando di modificare i propri repertori di competenze relativi a conoscenza, modelli in azione, strategie e procedure operative (Bifulco, 2002).

6.2 Operatori come ponti tra utenti ed “esterni”. Sono possibili altre metafore?

Ho più volte utilizzato le elaborazioni di Putnam (2000) sul capitale sociale per rendere conto dei due movimenti che possiamo mettere in atto quando entriamo in relazione con l'altro. Putnam li utilizza con l'obiettivo di esprimere il grado di apertura delle reti di relazione del capitale sociale e distingue tra capitale sociale di tipo bonding (che lega in maniera forte i soggetti al loro interno e tende ad essere esclusivo nella partecipazione ad esso) e di tipo bridging. Quest'ultimo tipo tende ad essere più inclusivo avendo la funzione di gettare ponti, connettendo diverse persone e diversi ambiti. Il tessuto sociale che si crea attraverso un capitale sociale bridging, è organizzato in reti di reti o in reti con connessioni significative con soggetti ad esse esterne. I due tipi hanno assonanza con le forze centripete e centrifughe riconducibili alla visione simmeliana secondo cui due motori in continuo movimento danno vita alle forme dell'interazione, quella “imitativa” e quella di “differenziazione”.

Questo paragrafo è pensato per aggiungere complessità alla mappa relazionale finora descritta e per introdurre il paragrafo successivo che riguarda l'interazione tra utenti ed esterni. Il tramite tra utenti ed esterni che ho preso in considerazione in questa ricerca sono infatti gli operatori, una tipologia particolare di gatekeeper che non solo consente ed organizza gli incontri ma, inoltre, ne regola le modalità di svolgimento e ha potere decisionale sugli sviluppi successivi. Abbiamo già incontrato questa frase di Sara, coordinatrice di un centro diurno che parlando delle attività riabilitative aperte dice

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

Sara e i suoi colleghi sembrano quindi stare su entrambe le sponde di un fiume che separa utenti ed esterni in cui loro operatori fungono da ponte che connette. L'utilizzo dell'immagine del ponte è in linea con l'approccio alla complessità di Morin (1990) secondo cui un tutto è più della somma delle parti che lo costituiscono, e allo stesso tempo ciascun elemento ha qualità che non si manifestano nel tutto: le pietre quindi si manifestano in modi differenti a seconda che siano sole o unite assieme a costruire un ponte. Seguendo la metafora gli operatori sono i ponti, o le pietre che costituiscono i ponti nel senso che soli o a piccoli gruppi, o con il sostegno fattivo del DSM, pensano alla realizzazione, si occupano delle attività burocratiche, preparano il terreno e sono presenti all'attività aperta.

Uno di questi ponti, Riccardo, ci racconta la sua esperienza con le attività riabilitative del centro diurno di cittàW con particolare riferimento al torneo nazionale dell'ANPIS che coinvolge la squadra di pallavolo. Attraverso le sue parole ripercorriamo come è nata questa attività, come la dimensione del piacere entri in essa, il significato delle emozioni e cosa queste esperienze generano per sé come operatore e per gli utenti.

... riguardo alle iniziative personali, alle attività che nascono in modo un po' casuale su amicizia, incontri fortuiti... e l'attività di pallavolo è iniziata così... altri centri avevano iniziato in modo così un po' naif e si è iniziato a incontrarsi con altri centri, altri operatori qua, in veneto...poi piano piano ha preso forma in modo più organizzato, i componenti della squadra, fare gli allenamenti, fare gli incontri... poi anche i casi, l'arrivo di Silvia come operatore con il suo portato di giocatrice di pallavolo agonistica e quindi quasi professionista, la presenza di un altro operatore Lucia che aveva già iniziato la pallavolo, lo sport come interesse anche per gli infermieri, il personale maschile... poi l'iscrizione all'Anpis come strumento di anche ampliamento, esplorazione al di fuori dei confini locali, quindi la partecipazione alla prima manifestazione a Marotta nel 2000 e anche la prima esperienza di soggiorno mia con i pazienti [...] io all'inizio ho guardato... così... con curiosità e anche con molta cautela, non avevo grande esperienza e non

sapevo bene dove collocarmi in questa situazione per cui era molto più vissuto da parte mia come responsabile istituzionale di dover esserci perché la figura del medico è significativo per la protezione, tutele con funzione paternalistica... quindi all'inizio, poi conoscendo operatori e pazienti stessi ho sentito di poter partecipare a questa attività come ospite, gradito ma anche divertendomi, facendo parte del gruppo in modo un po' estemporaneo, "viene ogni tanto e fa delle cose con noi..." e così è stato poi per i soggiorni successivi, per le esperienze che sono venute dopo e che rimangono per me di grandissimo valore non solo emotivo ma di contenuto professionale cioè un laboratorio, uno spazio in cui hai a disposizione molto materiale, puoi conoscere tantissimo e i pazienti stessi, uno che ha detto che è guarito grazie ai soggiorni, o altri che chiedono di farne altri o che aspettano il soggiorno come il momento centrale di tutto l'anno come la conferma che stanno bene, che sono liberi, che hanno una normalità da spendere... per cui è un'attività [...] in cui, sorprendentemente, gli psichiatri e gli operatori della salute mentale sono costretti a prendere atto di quanto il corpo sia un veicolo di grande importanza più di quanto ci rendiamo conto, di quanto coagulante sia lo sport di squadra... (Riccardo, psichiatra cittàW)

Ripercorrendo questo brano di intervista si concatenano una serie di argomenti che abbiamo toccato fino ad ora che vale la pena riprendere.

Innanzitutto la nascita dell'attività riabilitativa di pallavolo, una commistione di "casi fortuiti" e "amicizia" che tiene conto sia degli interessi degli operatori che della volontà dell'organizzazione di sostenere l'iniziativa con le formalità necessarie. Dicendo "lo sport, come interesse anche per gli operatori", lo psichiatra racconta di una situazione organizzativa in cui viene dato spazio alle competenze personali, non tecniche, degli operatori. Quindi gli interessi, le propensioni personali, trovano senso all'interno dell'organizzazione che le riconosce come valore per la persona (operatore) e per l'organizzazione. La pallavolo "ha preso forma in modo più organizzato" anche grazie alla passione per questo sport degli operatori, alcuni con un passato semi-professionistico, altri comunque disponibili a mettersi in campo con piacere.

E poi i primi passi in questa esperienza che, dopo le prime volte con le loro incognite, tenendo i piedi per terra, consente anche di vivere la piacevolezza. In questo brano Riccardo riconosce un "grandissimo valore non solo emotivo ma anche di contenuto professionale" sia nel senso di acquisizione di una conoscenza come esperienza che di conoscenza degli utenti in un contesto differente "puoi conoscere tantissimo e i pazienti stessi" come in un laboratorio in cui ci si sperimenta nell'interazione.

Attraverso queste esperienze gli utenti "stanno bene, sono liberi, hanno una normalità da spendere" dice lo psichiatra, e questa precisazione esplosiva la direzione tracciata dal ponte, sembra andare oltre. Non si parla infatti di "progetti riusciti" o

“risultati adeguati” ma dimensioni come “benessere”, “libertà” e “normalità” che appartengono alle persone e non alle organizzazioni. In questa luce la metafora del ponte risulta limitata. Simmel (1909) ci viene in aiuto innanzitutto ribadendo nulla di ciò che consideriamo collegato e separato lo è indipendentemente dal nostro tipo di sguardo:

tutto nella natura può valere come collegato, ma anche tutto come diviso. [...] In senso immediato, come in senso simbolico, in senso corporeo, come in senso spirituale, siamo noi, in ogni momento, coloro i quali separano ciò che è collegato e collegano ciò che è separato. (id., p. 3)

Simmel considera il ponte come la rappresentazione della nostra volontà di guardare al mondo come diviso:

Il ponte simboleggia l'espandersi della sfera della nostra volontà sopra lo spazio. Soltanto per noi le sponde del fiume non sono meramente l'una fuori dell'altra, ma “divise”. Se non le collegassimo anzitutto nelle nostre finalità, nei nostri bisogni, nella nostra fantasia, il nostro concetto di separazione non avrebbe alcun significato. [...] Il ponte, come la linea tracciata tra due punti, prescrive con certezza la direzione incondizionata. (id., pp. 4, 6)

Per poter invece mantenere in connessione i motori del separare e collegare, Simmel propone la metafora della “porta” con la quale possiamo guardare al ruolo degli operatori nel pensare, organizzare, realizzare e fare esperienza delle attività riabilitative, quelle aperte in particolare:

La porta rappresenta in modo decisivo come il separare e collegare siano soltanto due facce dello stesso e medesimo atto. E per il fatto che la porta pone in un certo modo una cerniera tra lo spazio dell'uomo e tutto ciò che è fuori di esso, essa supera la separazione tra interno ed esterno. Proprio perché essa può anche venire aperta, la sua chiusura dà la sensazione di una separatezza nei riguardi di tutto ciò che è al di là di questo spazio, ancora più forte di quella che dà la mera e indifferenziata parete. La parete è muta. Ma la porta parla. È essenziale all'uomo nel senso più profondo, porre a se stesso un limite, ma con la libertà di poterlo di nuovo togliere, di potersi porre al di fuori di esso. (id., p. 5)

Immaginare gli operatori come “porte” significa sempre vederne la funzione di tramite, strumento per (ri)abilitarsi alla vita sociale ma con la consapevolezza che ciò che si connette sono soltanto cristallizzazioni separate di un fluire in cui siamo immersi e quindi le possibilità si moltiplicano:

L'illimitatezza delle direzioni, il numero infinito delle possibili strade, si effondono dalla porta, si gettano fuori dalla vita e dalla limitatezza dell'essere-per-sé determinato. [...] La determinazione

del suo [dell'uomo] essere-a-casa attraverso la porta significa che egli, dall'ininterrotta unità dell'essere naturale, ha separato un frammento. Ma come l'informale delimitazione diventa una Forma, così la limitatezza di quest'ultima trova il suo senso e il suo valore soltanto in ciò che il movimento della porta rende possibile: nella possibilità di slanciarsi in ogni momento, al di fuori di questo limite, nella libertà.(id., pp. 6, 8)

Forse è questa la metafora che meglio rappresenta il ruolo di un operatore che consente all'utente di moltiplicare le opzioni possibili per la sua vita, che delimita un essere a casa e quindi uno spazio "di sicurezza" verso i pericoli distruttivi anziché "di protezione" dove l'utente è protagonista nello sperimentarsi tra la spinta verso l'autonomia e il tenere in stato di dipendenza (La Mendola, 2002).

Eugenio Borgna, primario emerito dell'ospedale di Novara, così intende la relazione medico-paziente:

Solo se ci avviciniamo a una paziente o un paziente con una profonda *attitudine dialogica* e, anzi, con tutto l'*amore* che sia in noi, si può sperare che anche l'altro da noi si apra, apra il suo cuore: consentendoci di rivolgere lo sguardo alle più segrete regioni dei suoi vissuti e della sua sofferenza. Questa per me è la premessa a ogni possibile comprensione di una sofferenza psichica. Non c'è conoscenza, se non c'è amore fra chi cura e chi è curato. [...] Se l'amore non entra nelle relazioni umane, quelle della vita quotidiana e quelle della vita personale, nulla di essenziale e di decisivo si può cogliere di una esistenza: solo l'amore conosce, e fa conoscere, una persona nella sua radicalità e nella sua radice essenziale. Sono affermazioni, queste, che non nascono da teoriche astrazioni, ma dal cuore dell'esperienza clinica. Mia e di altri psichiatri. (Borgna, 2007, p. 46)

In questa immagine spariscono i deliri di onnipotenza, i camici e le grandi scrivanie che fanno delle differenze (di ruolo) una separazione, per lasciare spazio all'ascolto del ritmo proprio e dell'altro che si connettono sincronizzandosi.

Risulta evidente la centralità che gli operatori assumono nell'interazione con gli utenti essendo riferimento principale in un particolare momento della vita.

In particolare mi riferisco agli operatori del centro diurno che sono i più significativi sia per la quantità di tempo passato assieme che per l'intensità del rapporto con gli utenti. Il vertice decisionale (medico) diventa meno evidente agli occhi dell'utente che ha invece stretti e quotidiani contatti con la parte più bassa della piramide. Dico meno evidente perché rimane presente agli utenti che le decisioni importanti (la terapia farmacologica, la possibilità di frequentare alcune e non altre attività, i permessi per fare i soggiorni...) spettano al medico psichiatra di riferimento, ma nella vita relazionale quotidiana egli è, per lo più, estraneo. Non mancano certo le diverse sfumature della presenza del medico, dall'assenza completa

sul campo riabilitativo per esserci solamente in un contesto ambulatoriale, alla modalità di Riccardo, ad esempio, che partecipa ai soggiorni e ad alcune attività occasionali “come ospite gradito” ma, appunto, ospite, dove i protagonisti sono utenti ed educatori, infermieri e operatori. Infatti raramente gli utenti parlano del proprio psichiatra riferendosi all’esperienza delle attività riabilitative.

Gli operatori più prossimi agli utenti diventano anche dei leader per il gruppo, che attraverso il legame di fiducia instaurato nel tempo riesce a raccogliere consensi dagli utenti più che dai vertici organizzativi come ci racconta Guglielmo:

G: ...e poi mi hanno detto “lunedì se vuoi portare la borsa con... con le scarpe e 'na maglia e i calzoncini... i calzoncini e puoi venire qua” e lunedì sono venuto qua... ho conosciuto Luca che lui... è il nostro allenatore poi c'è Piero, la Serena e anche la Vilma però Luca è il nostro maggior allenatore... infermiere... ho fatto pallavolo e ho fatto un po' di riscaldamento e dopo abbiamo giocato assieme a pallavolo...

A: ...e ti ricordi come è nata l'idea di mettere su questa squadra?

G: no... cioè Luca ha avuto l'idea di... di uscire dal ghetto - ha detto - dei centri diurni di fare un qualcosa di più... più normale tra virgolette più difficile... e ci ha proposto sta cosa qua noi abbiamo accettato... una parte ha accettato... (Guglielmo, utente CD e componente squadra di pallavolo cittàX)

Guglielmo è stato tra gli utenti che hanno accettato di iniziare questa avventura e certamente il suo rapporto con Luca ha influito sulla sua decisione che anche qui contemporaneamente era una spinta verso il nuovo, l'accettazione di un rischio e il rimanere protetti dalla presenza di Luca. Il prossimo brano è tratto dall'intervista di Claudio che anche lui gioca a pallavolo, con Cristiano. Per Claudio il traguardo sportivo sembra essere l'occasione per sperimentare un modo nuovo di stare in relazione con gli operatori, forse più paritario. Racconta infatti delle sue difficoltà con la squadra di pallavolo in termini di riuscita, di risultati che addebita allo scarso livello dei componenti (utenti). Ecco che il proprio personale traguardo terapeutico sta nella relazione con gli operatori, co-protagonisti e testimoni di questa conquista:

A: con gli operatori come è cambiato il tuo rapporto rispetto all'inizio... da quando venivi qua...?

C: sì ho conosciuto meglio anche loro... sì... col tempo... conoscendo capisci cose che prima non... magari non capivi... cioè...

A: ... c'è un esempio che mi puoi fare... che ti ricordi di...

C: [silenzio] un esempio... [silenzio]

A: magari un momento di difficoltà in cui hai sentito qualcuno particolarmente vicino o invece un momento... allegro, positivo per te che hai sentito di condividere con qualcuno qui del centro...

C: sì nella pallavolo... bhè per esempio una cosa bella con gli operatori è (sorridente) vincere i campionati di pallavolo... eh... è un arrivo... nel senso... un traguardo... (Claudio, utente cittàX)

Un rapporto molto importante, significativo quello tra operatori e utenti che, come ci ha raccontato Riccardo, passa anche attraverso il corpo.

Corpi in relazione

Nell'essere "porta" attraverso cui consentire agli utenti di entrare in contatto con il mondo fuori dalle organizzazioni della psichiatria, gli operatori utilizzano anche il proprio corpo come veicolo. L'occasione per gli utenti è, in questo caso, quella di sperimentare il contatto fisico con l'altro, modalità che spesso non hanno occasione di fare. Esperienza importante soprattutto nelle situazioni di forte difficoltà, come durante un ricovero che racconta Alice Banfi (2008)

Lo psichiatra mi raggiunse, mi accompagnò alla stanza, mi convinse a fare la flebo con chissà quale intruglio dentro e, quando fui nel letto, mi tenne la mano. Con quel suo gesto, con la sua calma, con i suoi occhi, quella notte mi evitò di venir legata al letto. (id., p. 32)

Fondamentale poi durante la riabilitazione, nel momento di ritorno alla vita quotidiana. Un abbraccio, una carezza affettuosa o di incoraggiamento sono espressioni di cura attraverso il corpo che mi è capitato spesso di osservare tra operatori e utenti. Durante la mia osservazione etnografica a Palinuro per il torneo nazionale Anpis, ho avuto l'occasione di riflettere in modo particolare su questo aspetto:

... La spiaggia oggi è molto frequentata, diversi gruppi si sono stesi al sole con sdraio e lettini, alcuni sotto gli ombrelloni in paglia, altri vicino alla battigia. Osservo il gruppo di Perugia da lontano, non sento cosa si dicono ma li vedo bene. Elisa, l'educatrice, chiede a Daniele se la aiuta a spalmarsi la crema solare. Lui un po' impacciato le spalma la crema sulla schiena. Mi fa tenerezza questa mano un po' goffa che fa quella che, per me, è un segno di intimità e di cura. Mi sembra di sentire l'imbarazzo per quella vicinanza così stretta, per quel contatto intimo... poi lei lo ringrazia e si stende al sole. Poco più avanti Cristina, l'educatrice bolognese, balla abbracciata ad un ragazzo del suo gruppo, ridono divertiti, intrattenendo anche altri sulla spiaggia... non posso fare a meno di pensare al rischio di questa situazione: il pericolo di innamoramenti a senso unico e l'opportunità di sperimentare il contatto con l'altro... (dal diario etnografico del 3 giugno 2008)

Molte volte gli operatori mi hanno raccontato di innamoramenti di utenti nei loro confronti, meccanismo molto comune, direttamente collegato alla dimensione di cura. Sono tutte situazioni legate al transfert, in cui ad una persona per noi

significativa, che rappresenta un forte cambiamento, anche doloroso ma in cui ci accompagna, trasliamo sentimenti come l'amore e il desiderio. Questione complessa di cui sarebbe interessante approfondire le modalità e ricercarne le rappresentazioni oltre a rilevarla nell'analisi delle relazioni tra operatori ed utenti in un contesto riabilitativo. La riflessione utile all'interno di questo studio è che gli operatori, nel loro essere "porte" che consentono l'esplorazione agli utenti del mondo della vita quotidiana, lo sono innanzitutto attraverso la loro rete relazionale e le loro passioni che sono i motori per l'attivazione delle attività riabilitative aperte, ma anche il loro corpo è uno strumento ricco di significati.

6.3 Incontri nella "Terra di Alter"

La relazione tra utenti ed esterni può essere descritta come un percorso faticoso di chi si trova protagonista della ri-definizione dei confini ma che per farlo deve necessariamente passare per il caos, la "fluidità fumosa" (Frazer) o di "pura potenzialità" (Turner, 1982) che è la condizione dove il precedente ordine è sospeso e il nuovo non ancora insediato.

Elisa ha partecipato con altre due compagne di squadra all'esperienza di attività aperta di cittàW. Ha fatto alcuni allenamenti con la squadra del centro diurno e poi il torneo. Elisa mi ha raccontato di questa esperienza:

c'è qualcosa che mi dice di andare avanti nel senso che mi piacerebbe saperne di più di quello che provano loro, di quello che fanno nella loro vita normale, che ti spiegassero bene quello che è successo, perché sono lì... (Elisa, esterna cittàW)

Una curiosità, quella di Elisa, che rimanda ad un interesse alle persone per la loro storia, la vita quotidiana fatta di "fare" e di "sentire". Giulia è entrata in contatto con le emozioni, sue e delle persone con disagio, e queste la muovono verso l'incontro, rendono viva la sua esperienza. Vorrebbe sapere "bene quello che è successo" e le emozioni "che provano", poter ripercorrere con loro le esperienze vissute di sofferenza. Per comprendere.

Sarà perché Giulia è una ragazza molto giovane e i percorsi di vita la affascinano e le consentono di attivare processi di identificazione con l'altro, ma il suo racconto ci consente di porre attenzione alla dimensione emotiva delle interazioni con le persone con disagio. Dimensione in cui non c'è sofferenza, né pietismo ma attenzione, curiosità nel senso "buono" del termine, quella che consente di entrare in relazione con le reciproche differenze. La stessa situazione non necessariamente genera "solo" curiosità per comprendere: per la mamma di Elisa, presente come spettatrice all'attività sportiva, c'è anche la dimensione del controllo, la necessità di

conoscere non (solo) per comprendere quanto per controllare la situazione in cui sua figlia è inserita:

... Lino [utente] inizia a parlare con la mamma di Elisa, è lui ad iniziare chiedendole se è la mamma di una delle ragazze... parlano del loro paese, entrambi vengono da lì e poi Lino le racconta come è arrivato alla comunità. Parlano per alcuni minuti, Lino sembra molto coinvolto, racconta volentieri, la mamma di Elisa lo guarda interessata ma sembra un po' a disagio: cerca con lo sguardo noi seduti di fronte a lei, si muove continuamente sulla panca. Poi racconta a me e a Rita [educatrice] cosa le ha detto Lino: la sua malattia è iniziata quando era al militare... commenta che è molto contenta dell'esperienza che sta facendo sua figlia e che pensa le servirà. Poi chiede a Rita in quante persone abitano la comunità e come stanno (???!!!). Rita taglia corto e le risponde un po' velocemente, credo che sia un po' in imbarazzo per il fatto che le fa delle domande sugli ospiti della comunità avendone due seduti a fianco ma facendo come se non ci fossero... (dal diario etnografico del 23 giugno 2008)

La mamma di Elisa ha messo in imbarazzo Rita con il suo goffmaniano “trattamento impersonale” (Goffman, 1961, p. 357) che “si verifica come se il paziente non fosse una persona sociale” non preoccupandosi del fatto che sta chiedendo all’operatrice come stanno gli utenti della comunità e quindi, anche lui.

L’incontro con gli esterni, visto dagli utenti, è positivo, quantomeno come esperienza diversa, una novità che pur essendo positiva in sé, non sempre lo è per come si realizza. Così è successo ad Damiano al torneo Anpis:

Alb.: ... [il torneo Anpis] mi è piaciuto che ho visto un posto nuovo prima di tutto che non avevo mai visto, poi perché c'era tanta gente, c'erano tanti ragazzi giovani che avevano voglia di fare, di fare qualcosa, di stare insieme anche. Io dico la verità sono un po' chiuso nel mio carattere non mi sono tanto esposto non ho conosciuto tanta gente quando sono andato a Palinuro, perché restavo sulle mie, sono sempre così io di carattere mi chiudo in me stesso e non vado tanto a chiedere agli altri la propria vita i propri problemi, non vado a sapere le cose degli altri, perché non ha senso penso io, non abbia senso andare tanto a informarsi sulle altre squadre, su cosa fanno loro al suo paese, se hanno anche loro come noi un centro diurno, come sono organizzati, non ho chiesto... sono io chiuso di mio, sono così di carattere, sono un po'. Forse sarò anche un po' ignorante non so, è il mio modo di vedere le cose, preferisco sempre stare in disparte su qualsiasi cosa non mi espongo mai nelle cose... Mi fai delle domande un po' che mi fanno pensare però non so darti una risposta ben precisa.

A: In che senso ti fanno pensare?

Alb.: Mi fanno pensare a come l'ho vissuto io quell'esperienza lì, è che non saprei come darti una spiegazione, perché è avvenuto tutto così all'improvviso e mi sono trovato qui coinvolto nei miei

problemi che non ci ho riflettuto su tanto su come avvenivano le cose a Palinuro, se mi sono divertito. A me mi pare di avermi divertito parecchio cioè però non ho conosciuto nessuno, è quello il problema. Il problema è che ogni volta che io faccio qualcosa vado sempre in qualsiasi posto però non approfondisco la conoscenza degli altri del mio prossimo, non vado mai a dialogare con nessuno. è quello il mio problema più grande. Anche te ti ho conosciuto però non ti conosco bene, ti conosco così, so che sei la sociologa, che hai studiato, che sei laureata però non ti conosco più di così capito, invece a me piacerebbe sapere un po' di più di ognuno, dove vivi, così insomma... (Damiano, utente cittàW)

Damiano frequenta il centro diurno di cittàW e fa parte della squadra di pallavolo. Ci siamo conosciuti durante uno dei loro allenamenti e poi ci siamo rivisti in occasione del torneo nazionale a Palinuro. Il brano appena riportato della sua intervista, racconta un aspetto importante di esperienze come questa: cosa accade a se stessi. Damiano dice che gli è piaciuta l'esperienza, che si è divertito anche se, agendo un momento di riflessività, realizza di non aver colto appieno quella esperienza perché "coinvolto nei miei problemi". Damiano mostra una consapevolezza rispetto a sé e al proprio modo di entrare – o di non entrare – in relazione all'altro. Però dice "a me mi pare di avermi divertito... però non ho conosciuto nessuno..." e questa affermazione ci consente di esplicitare l'ambivalenza di queste esperienze che, da un lato sono occasioni per entrare in contatto con persone, luoghi, situazioni altrimenti difficili da conoscere per gli utenti, dall'altro non necessariamente esse sono un valore in sé. Infatti per Damiano, la dimensione sociale dell'esperienza a Palinuro è mancata, coerentemente con la sua difficoltà relazionale. Questo aspetto lo approfondiremo in uno dei prossimi paragrafi, mettendo a confronto esperienze simili a quella sperimentata da Damiano ma dove l'utente, pur riconoscendo il valore dell'esperienza in sé e per sé stesso, dice "non lo rifarò più!".

A proposito di relazione con gli esterni nelle attività riabilitative, ci dedichiamo ora ad approfondire i risvolti di queste attività cioè ciò che di queste relazioni rimane "infrattato", cioè nascoste tra le pieghe del lavoro formale (Manoukian, 2003). Entrando ancora più addentro queste esperienze possiamo cogliere sia come si è costruita e ricostruita la definizione di "normalità" e "pazzia" attraverso la *Terra di Alter*, sia come fluiva l'esperienza.

“Noi non c’entravamo niente!”. Riflessioni a partire da un’esperienza in uno spazio non “dedicato”.

... diciamo che ho accettato subito perché è una cosa che fare sport e pallavolo mi piace e lo faccio volentieri anche se dovessi farlo per qualsiasi squadra, per qualsiasi persona che me lo chiede ecco.

Visto che ero libero ero a casa, non avevo niente da fare è stato meglio così, sia per me che per loro insomma che avevano una persona in più per la squadra (Damiano, utente cittàW)

Questa affermazione di Damiano non è molto diversa da quella di altri utenti di centri diurni che partecipano alle attività sportive, anzi, spesso il fatto che ci sia un'attività sportiva tra quelle proposte dal centro, è l'unico motivo che li convince ad accettare di diventare utente. Claudio racconta molto bene questa situazione in un passaggio della sua intervista:

C: ... perchè io sono... un tipo che mi piace fare sport... poi lo sport... secondo me l'idea mia personale può essere un'alternativa... al farmaco ecco diciamo... sai quando faccio sport sto bene come quasi... sì al posto del farmaco preferisco...far sport insomma ecco... la vedo una cosa cheee... mi fa bene ecco...per cui io fin dall'inizio...cioè diciamo che... l'operatrice che a quel tempo c'era e adesso non c'è più... mi ha mostrato vedi queste sono le varie cose che possiamo fare qui al diurno... e l'unica... eraaa... la ginnastica insomma... perchè la vedevo più curativa per me ecco diciamo...

A: ... quindi tu sei arrivato qui...

C: sì... sì sì sì... bhè mi hanno mostrato com'era il centro com'era fatto

A: c'erano... delle cose, Andrea, che ti spingevano verso... il seguire le attività qui al centro e in particolare la pallavolo... e delle cose che invece un po' ti... trattenevano dall'aderire a queste attività...

C: sì...convivere con...anche adesso comunque tuttora... con persone che hanno problemi seri... anche adesso tuttora le vivo queste cose qui... sì è un qualcosa...cioè... adesso meno perchè magari con gli anni mi son però... una volta era difficile perchè all'inizio adesso mi viene in mente.. avevo appena iniziato... ero intenzionato a non venire più... per questo mio malessere che... stare in mezzo alle persone che stavano male... magari era uno di questi motivi...

A: e lì cosa è successo?

C: niente lì... l'operatrice ha cominciato a chiamarmi a casa ne abbiamo parlato e ho detto "va bhè provo" e col tempo... ho affrontato la cosa insomma... poi... quando avevo i momenti di crisi dicevo "sì ma la ginnastica mi fa bene... comunque devo continuare... stringi i denti insomma"... (Claudio, utente cittàX)

Modalità simili a quelle di Claudio riguardano anche ad altri utenti che ho intervistato sulla loro esperienza con la squadra di pallavolo del centro diurno. Quella specifica attività è diventata un gancio attraverso cui gli operatori sono riusciti a coinvolgere alcune persone che altrimenti avrebbero, probabilmente – rifiutato di frequentare il centro diurno e, per gli utenti, è stato l'appiglio a cui aggrapparsi per uscire dalla "melma" (Giordano, utente cittàW). Claudio mette in evidenza le

difficoltà che ha dovuto superare nel suo approccio al centro diurno: innanzitutto entrare in una realtà di sofferenza in cui “gli altri” stavano peggio. Ho utilizzato la metafora del gancio che può rappresentare anche un tentativo: si possono provare ganci differenti e vedere quale funziona meglio ma poi questo gancio, se funziona, diventa un mattone, il primo mattone della costruzione della relazione tra utente e operatore, e servizio. Questa pietra angolare rimarrà a fondamento dell’esperienza dell’utente nel servizio.

La difficoltà espressa da Claudio ci ricorda le riflessioni fatte in premessa circa la relazione tra “normalità” e “pazzia”. Come Federico Scarpa anche Claudio non si riconosce in “quelli che stanno male” ma nemmeno in quelli “normali” e quindi, se da un lato trova significativo per sé frequentare il centro diurno, dall’altro non accetta di essere accomunato a persone che vivono un disagio molto più severo del suo. In questa situazione Claudio è pienamente dentro la dinamica tra il processo di tenere protetto e di spingere verso l’autonomia di cui sono protagonisti i servizi.

Attraverso l’approfondimento dell’esperienza della squadra di pallavolo “serale” inserita nel campionato amatoriale non dedicato ai centri diurni, Claudio assieme a Guglielmo e Paola ci aiutano a comprendere il significato che essa ha avuto per loro.

Come abbiamo già visto nel paragrafo precedente questa iniziativa è nata su iniziativa di un operatore, quello che allenava già la squadra del centro diurno che, spinto dai successi che ottenevano nel campionato dei centri diurni ha fatto loro questa proposta. Alcuni hanno aderito mentre altri hanno preferito rimanere solo nella squadra del diurno che faceva gli allenamenti al mattino mentre il gruppo amatoriale si allenava la sera. Paola e Guglielmo sono stati tra quelli che hanno fatto l’esperienza “serale”:

...noi siamo arrivati a fare la squadra serale dopo circa.... 3 anni e passa che ero là... e c'era un gruppo compatto in sé... valeva anche la pena fare più ore durante la settimana.... (Paola, utente cittàW)

... sì sì ho fatto anche quella [pallavolo] serale... un anno poi... non l'ho più fatto perchè mi sembrava troppo difficile... non me la sentivo insomma di fare questo e anche quello... ho fatto un anno solo e abbiamo fatto un torneo e era più difficile perchè era amatoriale ma erano più bravi... non erano centri... di salute mentale, centri diurni... erano così persone giovani che... che volevano fare pallavolo e si facevano... sto torneo qua si faceva tra giovani noi non c'entravamo niente insomma... cioè la nostra era una... un... una squadra che... faceva anche sport esterno ma... non eravamo nei centri diurni. Erano giovani che facevano attività... erano anche più bravi, non so non abbiamo quasi mai vinto mi sembra... mentre qua è 5 anni che vinciamo il torneo

A:... che differenza c'è tra queste due esperienze che tu le hai provate tutte e due...

G: mah una... è più facile più abbordabile più a portata di mano perchè ci sono altre persone che hanno problemi psichici

psicologici... e mentre quelli fuori sono più giovani anche... più allenati più... più bravi (Guglielmo, utente cittàX)

Guglielmo nel confronto con la “normalità” si vede e vede i suoi compagni come “altro”. Loro non centravano niente rispetto a giovani, allenati, senza problemi psichici e bravi a giocare. Claudio, come lui, fa emergere difficoltà ma ha anche una proposta:

C: ... non so se... ce la farò insomma non... non credo... però appunto se dobbiamo parlare della pallavolo serale... l'ho sempre... [silenzio] l'ho vista un po' se devo essere sincero... mortificante... ti ho già espresso... giocando contro squadre del genere... praticamente... tutto il torneo no? 'desso non so... campionato scusa ecco... quante partite siano va ben... abbiamo vinto... cioè vinto... un set no una partita un set due set... per cui non so spiegarti... in campo è quasi mortificante giocare contro persone che sapevano giocare cioè rendo?... cioè giusto qui gli operatori lo fanno perchè magari piuttosto che una persona stia a casa a letto sai uscire... però è sempre stata una cosa azzardata secondo me... proprio mortif... era mortificante... giocavo cioè giocavamo comunque... davamo l'anima però alla fine (sorride amaramente)... cioè vedi... c'è... c'è troppo dislivello... è una cosa troppo... cioè tu andavi per giocare però sapevi che... perdere cioè anche se davi il massimo come... però... per cui... ogni volta che giocavi si andiamo a giocare (sorride amaramente) però... secondo me... non so quanto bellissima sia la cosa... io per esempio la... la vedrei una cosa diversa no? Ok giochiamo noi però dentro la nostra squadra ci mettiamo due persone che sanno giocare... ok? e allora già magari dici... diventiamo un po' più forti come squadra e in più le persone che son dentro con noi sapendo giocare ci insegnano anche a noi... io la vivrei più come...ok facciamo...però un po' di misto...perchè qui è un po'... buttarsi allo sbaraglio secondo me alla fine... cioè ho capito che il senso è il muoversi... da casa... però non puoi neanche buttarti... cioè... non so perchè...(ride) non so spiegare... userei il termine onere però non so... hai capito?

A: di orgoglio...

C: ce l'hai...ce l'ho anch'io... non stà a buttarmi... farmi sentir ridicolo... cioè le altre squadre non c'han mai fatto sentir ridicoli perchè... però come persona... io ero provato... (andrea)

“Mortificante” è la definizione che Claudio dà dell’esperienza del campionato amatoriale. Troppo dislivello fisico e di prestazioni sportive che hanno fatto perdere il piacere di giocare. Certo, si sono misurati con l’esterno e hanno portato a termine il campionato, seppur con molte difficoltà, ma ora, che la delusione è ancora forte, né Claudio né Guglielmo vedono positivamente quella esperienza. Claudio però propone una modalità altra di mettersi in gioco e propone la costituzione di una squadra mista, con persone che “sanno giocare” per rendere più forte l’intera squadra.

Questo brano è molto ricco di spunti per una riflessione più ampia che coinvolge l'intera organizzazione. Una prima riguarda la partecipazione degli utenti alle decisioni che li riguardano come, ad esempio, il partecipare ad un campionato "non dedicato". Guglielmo racconta che il loro allenatore/operatore ha raccontato loro di questa idea e che ciascuno era libero di decidere se aderire oppure no. Ma poi cos'è successo? Ciò che traspare dai racconti di Claudio e Guglielmo è di una situazione difficile che hanno sperimentato ma di cui hanno perso il significato, forse perché non gli apparteneva, forse perché è mancato un accompagnamento durante il percorso. Un altro brano dell'intervista di Claudio, sempre riferito alla squadra serale, mostra questa inconsapevolezza.

C:... non son mai stato sicuro di questo... cioè praticamente c'erano voci diverse no ok?... gli operatori hanno sempre detto che nella nostra squadra potevano entrare fuori... ehm persone dall'esterno no? Dopo ho sentito altri discorsi sempre dagli operatori no? Che invece volevano che i giocatori della squadra fossero solo del centro diurno... cioè nessun altrooo...

A: ...esterno...

C:... esterno... e poi ho avuto la prova del 9 che qui c'è un mio amico che gioca ancora tutt'ora no?... uno degli ultimi rimasti di quei... ragazzi che lavorano ecco... che ha suo tempo aveva una sor... ha ha... scusa ha una sorella no? e è... no so praticamente sto qua deve avergli chiesto vieni a giocare con noi no e lei era disponibile no, e lui mi invece mi ha detto che...aveva chiesto agli operatori che c'è sua sorella... e gli hanno detto di no per sto motivo qua... per cui a me sentendo le voci mi è perso che gli operatori non vogliono questo... (Claudio, utente cittàX)

Ci sono voci di corridoi, parole dette e poi smentite, conversazioni riportate da altri. Ci possono essere stati fraintendimenti, magari le cose non sono andate proprio così ma importante è la rappresentazione che ne fa Claudio che comunica la sua estraneità a decisioni che lo riguardano da vicino, ovvero, l'organizzazione della squadra in cui lui sta facendo esperienza riabilitativa.

Il centro della questione è l'insuccesso sportivo, l'impossibilità di competere. Emerge infatti dalle interviste di questi due utenti che pur citando i "problemi psichici e psicologici", riconducono l'insuccesso della squadra amatoriale alla dimensione fisica e di abilità di gioco, non alla mancanza di disagio psichico. Questa rappresentazione dice di come gli utenti si rappresentino questa specifica attività mettendo in rilievo più l'aspetto della pratica sportiva piuttosto che quello di un'attività riabilitativa fatta perché si vive una situazione di disagio e si ha necessità di acquisire la capacità di mantenere un impegno e una regolarità di vita. Andrea, racconta di come la squadra di pallavolo sia cambiata molto da quando è entrato al centro diurno: i più bravi a giocare se ne sono un po' alla volta andati perché hanno trovato un lavoro e lui si è rimasto in difficoltà "a livello di gioco":

... i primi eravamo in 3-4... proprio i primi in assoluto... e ho giocato diversi anni con loro no? sì proprio quando è nata la squadra... e adesso che questi qua non ci sono più no? e per cui... son subentrate altre persone che conosco no? però lo stimolo non è più... lo stesso nonnnn... anche perchè sarà (ride) che queste persone qua non sono brave quanto le persone che conoscevo io, che sono andate a lavorare ste persone... e insomma bene per loro... e per cui anche a livello di gioco insomma un po' di tutto... ho perso lo stimolo proprio... (Claudio, utente cittàX)

Parlando poi di un torneo regionale, riusciamo a capire meglio l'esperienza di Andrea con la squadra del centro diurno, le differenze tra quando c'erano quelli bravi e quelli meno:

C: ... lì è stato un po'... sì vivere cose vecchie... questo [ragazzo] adesso ormai lavora per cui non frequenta più... però è stato piacevole essere andato...

A: ...cosa ti è piaciuto in particolare del fatto che lui...

C: ... eraaa... bhè intanto perchè è bravo... per cui finalmente... dopo qualche anno... io ho una persona che... sapeva fare qualcosa insomma... palleggiare vicino per cui... poi una persona simpatica... insomma [...] ...infatti là... a San Vito se non c'era questa persona qui secondo me... sicuramente non avremmo vinto... queste persone qui erano... persone come me che stavano meno male capito? ...adesso non vorrei però fare discorsi di chi sta magari... le persone che ci sono adesso sono delle persone che stanno male cioè... sono... va bhè... che stanno male sì... (Claudio, utente cittàX)

“È stato piacevole” per il gioco in sé, grazie ad “una persona che sapeva fare qualcosa”, e “poi una persona simpatica” quindi la dimensione relazionale. Ma poi Claudio svela un particolare molto rilevante, dicendolo quasi vergognandosi “adesso non vorrei...” e cioè che chi gioca male, o comunque peggio, sono persone che “stanno male” mentre lui e i precedenti componenti della squadra “stavano meno male”. In questa affermazione possiamo trovare la congiunzione, la relazione tra la dimensione sportiva e quella terapeutica: l'una influenza l'altra così, stare bene, o meglio, consente di dare forma ad una performance sportiva migliore. Così, fino a che la pratica sportiva soddisfa, la dimensione del disagio e della sofferenza rimane in secondo piano.

La situazione di insuccesso sportivo spinge Claudio a riflettere sulla sua partecipazione alla squadra, ma anche al suo essere utente del DSM:

C: ... adesso io purtroppo la pallavolo qui al centro diurno... che poi... se se ci pensi bene è la stessa cosa sempre diurno era prima... c'erano i ragazzi adesso... però adesso la sento ancora di più proprio dal lato... ehm... terapeutico diciamo... capito? La vivo proprio... con... (sorridente)

A: puoi spiegarmi...

C: eh... forse... capito questo discorso che ti sto facendo... io... la pallavolo... io son venuto qui per giocare a pallavolo no? E per star bene con me stesso... però quando entro nell'ottica no? che sono in centro diurno no? che la pallavolo... è finalizzata... per... uscire... come si può dire per... per guarire diciamo a me questo non... non è una cosa che riguarda... anzi mi porta a un certo... malessere diciamo... quello che ti dicevo prima...capito? io ho sempre vissuto purtroppo sempre in contatto con queste cose... che poi certe volte mi chiedo anche “ma se io amo così tanto la pallavolo va ben... perchè vengo a giocare in un centro diurno?” ci son tante squadre in giro amatoriali... e questa è sempre stata... rendo (sorride) come il discorso?

A: ...non ti sei dato una risposta rispetto a questa...

C: che mi son trovato qui e qui ho giocato tutto qua il discorso l'unica risposta è questa...

A:...hai pensato all'eventualità di cercare una squadra...

C: sì l'ho pensato... però... io ho sperimentato la pallavolo serale col centro diurno no... e mi sono accorto sinceramente che... muoversi la sera no?... è un po' difficile... è più comodo venire qui alle 9 del mattino...tranquillamente... (Claudio, utente cittàX)

e anche verso la fine dell'intervista la questione ritorna:

... comunque è simpatico questo fatto che io per giocare... cioè perchè che poi non è solo giocare a pallavolo... è per stare insieme, sono finito su un centro diurno e tuttora... ci sono dentro quello è... (ride) par 'na barzelletta... quando ci penso mi viene in mente che fa un po' ridere come cosa... mi fa un po' ridere... (Claudio, utente cittàX)

“È per stare insieme” che Andrea gioca nella squadra del centro diurno, non solo per la pallavolo in sé. Ma è chiaro, a questo punto, che per lui non basta muoversi da casa, uscire per non stare tutto il girono a letto, ma la pallavolo ha una valenza importante, ha senso per sé. Quindi giocare con una squadra debole, o giocare in un campionato molto squilibrato a sfavore della propria squadra, non ha significato, “è mortificante”.

Paola invece mette in rilievo un'altra dimensione del partecipare alla squadra di pallavolo. Ci racconta quali sono le differenze tra la squadra del centro diurno e quella amatoriale, non soffermandosi agli aspetti tecnici quanto sulle dinamiche relazionali differenti:

A: ... come mai proprio la pallavolo...

P: ... cioè gli altri laboratori sono più blandi, più tranquilli... bhè “se non ce la fai non ti preoccupare” eccetera, e invece la pallavolo tendono a... a pretendere anche, perciò diciamo che ci vuole anche... ti insegnano un po' la forza di... la forza d'animo di venirne fuori... di certe cose... però non è che... io penso che bisogna

essere a un certo punto della proprio... ehm... dico una cosa che... della propria terapia tra virgolette come... per entrare a pallavolo... perchè se no ci si sente un po' fuori dal gruppo...

A: ... quindi, come dire, bisogna essere a un certo punto del proprio percorso...

P: sì, secondo me sì... ma non fisico, proprio mentale... io ci sono stata che stavo male... infatti tante volte saltavo non andavo... qua ti parlo di 3 anni fa... adesso sto bene eee... cioè bene... sto meglio eeeee... faccio meno difficoltà... prima capitava che andassi a pallavolo arrivassi alla porta d'entrata e tornassi indietro... ho fatto tante mancanze così... ah non lo so... improvvisamente mi bloccavo e dicevo no non devo andare... una volta mi ricordo (si commuove) scusa... mi ricordo che stavo male sono andata a pallavolo e sono entrata in spogliatoio e ho detto "no oggi non faccio ginnastica" e mi sono seduta per terra eeeee un operatore è venuto a prendermi e mi ha tirato su e mi ha detto dai muoviti (ride) cosa che non succede da altre parti... se sono seduta per terra dicono "siediti sulla sedia" (sorridente amaramente)

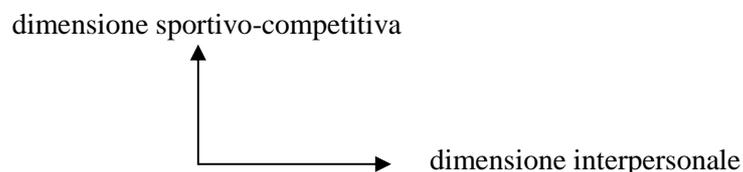
A: in quell'occasione, il fatto che l'operatore sia venuto... hai apprezzato o...

P: al momento proprio no... non l'ho apprezzato per niente, ho detto che stavo meglio là... adesso dico cioè... è meglio così... se mi metto a correre eee faccio mezzo giro invece che uno mi dice "muoviti! fatti l'altro mezzo giro" ... quindi un po'... come dire... è un po' un equilibrio anche tra... come dire... lo spronarti ma allo stesso tempo capire... sai che all'inizio prima dicevo, se fossi in una squadra fuori, gli allenamenti sarebbero più duri insomma... non capirebbero alcune difficoltà però... cioè... anche perchè viene visto in modo più positivo anche tutti i viaggi che si fanno così... invoglia tanta gente ad andare a pallavolo... penso che ci sia un po' questo anche... non so... vedo... ma non è tanto lo sport, le due squadre di pallavolo, una fuori una dentro [quella del campionato Anpis e quella del campionato amatoriale] che vedo diverse... più che altro il... l'atteggiamento anche che si ha nei confronti delle persone... che è diverso perchè... se una persona... se io fossi andata... in una squadra normale i miei silenzi non si capirebbero... "quella è strana" direbbero... oppure se una persona è un po' balbuziente èèè... "è divertente"... qua si cerca di stare attenti a quello che si dice nei confronti degli altri appunto perchè si sa che per sé stessi ci sono dei problemi... (Paola, utente cittàX)

Guglielmo e Claudio, poi Paola, raccontano differenti aspetti della stessa esperienza, ma ciò che nominano tutti e tre sono l'attenzione e il rispetto che "abitano" le relazioni all'interno delle attività riabilitative del centro diurno. Sia nell'esperienza della squadra amatoriale che in un'ipotetica squadra "normale", manca un'attenzione alla persona, ai suoi momenti difficili, alle sue carenze come anche alle sue potenzialità: tutto è ricondotto al risultato sportivo, ci dicono gli utenti. Paradossalmente questa modalità porta anche minor soddisfazione: essere trattati come "normali" fa sentire mortificati, al posto sbagliato. Ecco che l'organizzazione

attraverso la partecipazione al torneo amatoriale, invece di offrire un'occasione di misurarsi e di sentirsi normali, competitivi, ha, di fatto, schiacciato la propria ricchezza relazionale, ciò che ne faceva la propria specificità, a discapito della competizione del risultato. Così gli utenti non si sono divertiti e hanno pure perso. E quindi che significato gli utenti attribuiscono all'esperienza "normale"? Fuori luogo, "noi non c'entravamo niente", "buttati allo sbaraglio", "andavi per giocare però sapevi che andavi a perdere anche se davai il massimo" quando quello che conta è "l'atteggiamento che si ha nei confronti delle persone".

Quindi, da un lato l'aspetto sportivo e la proposta di Andrea della squadra mista, dall'altro l'aspetto relazionale che interessa molto a Paola e che le fa preferire di gran lunga l'esperienza del centro diurno. L'esperienza di ciascun utente si può collocare in un piano cartesiano i cui assi sono costituiti dalla dimensione relazionale e da quella sportivo-competitiva



L'esperienza di Claudio si troverà rappresentata in un punto più vicino all'asse delle ascisse visto che pone in rilievo la riuscita a livello sportivo, la capacità della squadra e il livello agonistico dei componenti. Paola, invece all'opposto, ponendo in rilievo la dimensione relazionale si collocherà la sua esperienza vicino all'asse delle ordinate. Due modi differenti di mettere in rilievo dimensioni costitutive dell'esperienza riabilitativa.

Le stesse considerazioni le possiamo fare per l'esperienza di "squadra mista" di città W che ha partecipato ad un torneo paesano. Damiano ci racconta dell'esperienza di gioco con le ragazze della squadra amatoriale mettendo in evidenza come la superiorità di prestazioni delle ragazze fosse dovuta sia alla loro miglior condizione fisica "loro si allenano quasi tutti i giorni" che al fatto che loro utenti hanno dei problemi ma, precisa "anch'io nel mio piccolo" per fare dei distinguo con chi ha un disagio maggiore.

... così abbiamo creato un gruppo diverso dal solito: cioè non c'eravamo solo noi che avevamo dei problemi ma c'erano delle ragazze preparate, delle giocatrici esperte. Perché sono già di una squadra, [nome squadra]. Loro si allenano quasi tutti i giorni penso. Rispetto a noi sono molto più preparate ecco... ci siamo subito presentati e subito c'è stato un buon, un comportamento da parte loro molto corretto. Si sono comportate bene con noi insomma. Ci hanno dato una mano quando vedevano che avevamo dei problemi nel gioco, vedevano i nostri punti deboli e cercavano di supplire negli errori che facevamo noi. Perché noi non siamo una squadra di serie A o di serie B, siamo dei ragazzi che hanno dei

problemi. Anch'io nel mio piccolo ho dei problemi insomma. Non ne ho tanti, starei meglio se fossi fuori di qui, perché dico la verità, non è che mi piaccia venire tanto qua, solo che adesso è un momento che lavoro non ne ho trovato e sono costretto sennò a rimanere in casa tutta la giornata da solo perché mio papà lavora e io vivo da solo, capito, non ho più mia mamma e non ho più un punto di riferimento con cui dialogare. Insomma questi sono altri problemi... (Damiano, utente cittàW)

Damiano e gli altri utenti ci ricordano la centralità del corpo nelle interazioni che nelle attività sportive emerge in modo più chiaro ed evidente infatti è

un luogo quello delle attività motorie e sportive nelle quali, da un lato, il corpo è al centro della scena, il corpo primo luogo di riconoscimento di sé, e al contempo in questo insieme di attività si sperimentano criteri di interazione con gli altri sia in chiave agonistica e/o competitiva, sia in chiave di elaborazione delle capacità di istituzionalizzazione delle norme. (La Mendola, 1997, p. VII)

Chi più chi meno esplicitamente, tutti gli utenti hanno parlato dei vantaggi dell'attività sportiva per sé in cui c'è sia la dimensione fisica che la dimensione di benessere mentale o, meglio, "spirituale". Attraverso l'utilizzo di discipline come lo yoga però, la dimensione di benessere si raggiunge attraverso modalità differenti dalla pratica competitiva:

Facciamo yoga con il corpo... sono esercizi che si fanno ciascuno sul proprio corpo però leggermente se no ci si fa male... mi trovo bene... ho sofferto molto ma ho ritrovato la felicità... cerco di inseguire la felicità, del corpo e della mente e dello spirito... (Paride, utente cittàY)

Lo yoga come la psicomotricità, discipline ancora poco diffuse nei servizi, lavorano meno sulla dimensione competitiva e più sul contatto con se stessi e gli altri. A cittàY c'è stata per alcuni anni un'esperienza di attività aperta che vedeva gli utenti che partecipavano al gruppo "attività motoria" fare alcuni incontri assieme ad una classe di un istituto superiore della città. Qui Viviana, insegnante e amica di Mattia, l'educatore, conducevano sessioni di gruppo che mescolavano esercizi di psicomotricità, bioenergetica e yoga:

di solito iniziavamo con della musica, mi rifacevo alle danze tribali e quindi questo movimento lo collegavamo al fatto che poteva comunque essere un modo per concentrarsi per dare un'energia alla forza... che forse l'uomo può avere... però gliela mettevo sempre sul forse... cioè a metà tra il ludico e il reale perchè insomma è così cioè... chi ci crede, è come la fede, chi ci crede ci crede se no no comunque è un esercizio... coinvolgendoli... comunque insomma l'attività si basava su uno sfogo fisico... in cui... aaaaa... sudavano...

con la musica una cosa che comunque piaceva tutti... si facevano abbastanza coinvolgere... e poi dei giochi di gruppo o a coppie... giochi di mimo... così e poi la seconda parte in cui a volte interveniva Mattia e c'era invece questa... calma questa cosa un po' più raccolta, di rilassamento e concentrazione... in pratica erano tutti uguali cioè erano tutti insieme... non erano movimenti che richiedevano grandi abilità però il fatto di andare a tempo... mimando... è proprio... però un'attività fisica proprio... ma svincolata da... diciamo dalla correzione dei movimenti... (Viviana, esterna cittàY)

Questa attività aperta, come moltissime altre, è durata fino a che Viviana ha avuto l'opportunità e la disponibilità per coinvolgere le sue classi e Mattia si è reso disponibile ad organizzare la parte logistica e burocratica per gli utenti. Si è trattato, indubbiamente, di un'esperienza "aperta" molto significativa sia per ciò che implicava per gli attori coinvolti sia per le organizzazioni (scuola e centro diurno) che hanno saputo modificare le proprie routine.

“Il teatro è fuori”. Esperienza di teatro *di relazione*.

... Io sono stata in psicanalisi per dieci anni... lo psichiatra mi dava terapie fortissime e il mio medico non capiva, non capisce cosa vuol dire per me e quindi... il teatro è fuori e ti puoi confrontare con altre persone... (Annachiara, utente cittàX)

Annachiara è bionda, abiti colorati, occhiali da sole fascianti e uno sguardo un po' vacuo. Si muove con indecisione, è rallentata e incerta. Racconta del teatro, una passione che ha da molti anni e che è sempre riuscita ad assecondare e, da quando lo frequenta, lo fa grazie al centro diurno. Il teatro è fuori dal centro diurno, fuori dal centro di salute mentale, è uno spazio diverso, un'"isola di significato" in cui costruire relazioni. Questo, secondo me, dice Annachiara.

Insieme a lei c'è Mario, forse ha sessant'anni ma magari meno, arriva in ritardo all'appuntamento per l'intervista di cui si era scordato: è andato a messa, una delle tante che segue durante il giorno, precisa Sonia, l'operatrice. Non ha molta voglia di parlare, poche parole...

... io sono una persona che ama la solitudine, amo stare da solo, se riesco bene in qualcosa mi riappacifico se no... se riesco bene bisogna chiederlo ad Umberto Marinaio [attore conduttore del gruppo]... mi piacerebbe fare il regista ma sono povero e malato... (Mario, utente cittàX)

Mario e Annachiara sono due componenti del gruppo di teatro di cittàX che da sette anni viene organizzato al di fuori del centro diurno, in un piccolo teatro di quartiere. A questa esperienza dedico questo spazio perché presenta similitudini con

l'esperienza della pallavolo e mi è quindi utile per completare il quadro interpretativo rispetto all'incontro tra utenti ed esterni nelle attività riabilitative aperte.

Sonia è l'infermiera che partecipa al gruppo di teatro da quando è iniziato, ed è lei a presentarmi questa esperienza, alla presenza di Annachiara, Francesca e Mario:

...sono tutti bravi, le capacità che esprimono...puoi vedere niente così e poi... è una scoperta proprio... [...] abbiamo cominciato così dal niente, l'attore veniva con un regista, suo grande amico, e si facevano delle riprese [l'ultimo anno è stato dedicato alla realizzazione di un cortometraggio]... io ero la costanza infermieristica diciamo ma poi mi si è cominciato a chiedermi di spostarmi da questo ruolo e di partecipare e quindi ho partecipato con loro attivamente... lui Umberto, una grande capacità relazionale, un grande feeling da subito, con alcuni più e con alcuni meno, e ora sono dieci anni, Annachiara c'è dall'inizio, Francesca dall'ultimo e con dei risultati ottimi perché lui da pazienti no, psichiatrici, persone con questo tipo di sofferenza... disturbo, sono diventati degli attori! I corsi iniziano a marzo, due pomeriggi a settimana per due ore e mezzo... in questo gruppo ci sono anche delle figure esterne perché questo gruppo è aperto alla cittadinanza... l'anno scorso abbiamo avuto la partecipazione di un ragazzo figlio di un collega e poi una ragazza [Chiara] che sta facendo una tesi sul teatro con grande affiatamento... e loro ci hanno dimostrato capacità enormi che non diresti mai perché stai qui tutto il giorno insieme ma non è la stessa cosa, hanno dimostrato grande capacità di riappropriarsi del teatro, della città... di rimanere nel tempo... e io partecipo perché, sono sempre l'infermiera e se c'è bisogno dò una parola, anche due ma raramente, se no partecipo come loro, senza distinzione... il teatro è molto bello... poi si andava a bere qualcosa insieme... (Sonia, infermiera cittàX)

Sonia racconta di essersi spostata dal suo ruolo di infermiera e di aver partecipato ma di essere sempre l'infermiera. Sta dicendo di essere uscita da un'interpretazione rigida del ruolo organizzativo di infermiera per sperimentare un modo nuovo che non cambia la sostanza ma il modo. Marina rimane infermiera, l'infermiera di riferimento, ma in quella situazione assume anche il ruolo di attrice e gioca questi due ruoli sulla base della situazione, dell'interazione che contribuisce a costruire insieme agli altri. È significativa anche la precisazione che fa: "mi è stato chiesto" come a dire che ha appreso attraverso l'interazione nata nella cornice del teatro e grazie ad essa.

A cittàX questa del teatro è una delle attività di punta del DSM, è ormai storica e ha raggiunto un livello qualitativo molto alto a livello di performance esibita al termine di ogni percorso annuale. Vengono quindi organizzate presentazioni al pubblico degli spettacoli, a cui partecipa molta gente. Io, ad una di queste, ci sono stata. È difficile dire con precisione come fosse costituito il pubblico ma sicuramente, una grossa fetta era costituita – come spesso accade - dai parenti degli

attori/utenti, qualche infiltrato come me e poi amici di operatori ed attori/esterni. Tra questi ultimi, Chiara:

io vedo il teatro come esperienza anche estetica... di recupero del rapporto umano, dell'aver comunque creato qualcosa... assieme... che porta a stabilire una relazione che è la base di una condivisione... il fatto di mettersi in gioco e di giocare più ruoli sempre in un contesto però chiuso basato sulla fiducia, sul divertimento, sul fatto che si sta insieme... perché non tutti vogliono fare le bamboline di sale... e lo stesso è per i bambini... io sono stata in una colonia estiva in cui c'erano molto laboratori, costumi, scenografie, teatro e poi il tutto dava vita a qualcosa di concreto in cui ciascuno aveva fatto la sua parte... qui fai parte di un gruppo in cui hai le tue responsabilità, cominci ad entrare in contatto con gli altri capire... conosci Mead, la teorie del play e del game... ecco, nella squadra io comincio a capire, a crescere quando capisco il ruolo dell'altro e lo posso prevedere e questa è la comunicazione... (Chiara, esterna città X)

Chiara ci spalanca le porte di una visione più ampia delle attività riabilitative ponendo in massimo rilievo il significato del teatro, del gruppo del senso di quello che si sta facendo come “terapeutico” in sé e non perché legato ai servizi per la salute mentale.

Perché fare teatro? Come ci sono arrivati Mario e Annachiara? E Chiara, perché fare teatro con il gruppo del centro diurno?

Mario e Marielena hanno iniziato teatro da quando è nato al centro diurno, Annachiara aveva già fatto corsi e rappresentazioni così, per lei, è stato semplicemente continuare una carriera, con la differenza che adesso è in un gruppo diverso:

AC:... è diverso... prima era molto impegnativo e non potevi permetterti di stare male... eri sola... Umberto è molto bravo, ha molto calore umano e la cosa più importante è che sa capirci come ragazzi e sa che non vogliono fare niente di male insomma e quindi quando vede qualcuno che litiga, interviene sempre...

A: ti ricordi un episodio...

(Ride)

Sonia: Annachiara è molto effervescente!

AC: ... io facevo la parte di una cantante che era molto che non cantava più e il mio cavaliere ha iniziato a dire che non sarei stata più capace di cantare e... io l'ho presa sul personale e mi sono scaldata (ride)... (Annachiara, utente cittàX)

Annachiara, raccontando sommariamente questo aneddoto in cui si è “scaldata”, rende conto della difficoltà di star male nei contesti “normali” dove manca il “calore umano” che si trova invece con persona come Umberto che “sa capirci”, come ha raccontato anche Paola per l'attività di pallavolo.

Mario non mi racconta le sue motivazioni ma mi sembra chiaro il suo profondo interesse per il teatro e la regia da quello che dice, e poi, basta guardarlo: sembra un personaggio goldoniano, asciutto, naso sottile e appuntito e si muove nello spazio in modo molto affascinante. Direi che il mondo del teatro gli appartiene, come anche da Annachiara: calcare le scene fa parte di loro, non ho per niente la sensazione che lo facciano perché costretti.

... è difficile spiegare le sensazioni che ho in questo momento... li guardo, non sono così diversi dai matti che ho incontrato finora... sarà che sono insieme, sarà che mi sembrano davvero liberi più che sinceri... faccio loro domande sull'esperienza del teatro e mi trovo al limite della commozione, fingo bene ma ho un nodo in gola che nemmeno mi spiego... è come se, senza molte parole, mi stessero comunicando il legame che c'è tra loro dopo aver fatto questa esperienza teatrale. Sento la forza di questa esperienza, di questo lavoro che hanno fatto ciascuno per sé e ciascuno per gli altri... (dal diario etnografico del 23 febbraio 2009)

Chiara invece è arrivata a questo gruppo perché conosceva Umberto e aveva voglia di fare un'esperienza di teatro diversa da quella fatta fino ad allora.

A: rispetto ad altri corsi che hai fatto...

C: ... il fatto di prendersi troppo sul serio... volevo lavorare sullo scarto delle cose che vengono male... mettere il pubblico... ed evitare che il pubblico convalidi una struttura di potere, dove il pubblico già si aspetta cosa vedrà... dove non è possibile recuperare il senso catartico... è un corso per cui non c'è un pubblico ma casomai è il ruolo che tu scegli di fare... una volta ho portato un mio amico ed è rimasto con noi l'intera lezione ma mi ha detto "interessante, ma no..." dipende se ti interessa questo tipo di lavoro... mi piacerebbe che fosse più mescolata la cosa... più persone tra virgolette normali... [...] io lo chiamo teatro coi matti... per rendermi comprensibile... c'è la paura del contagio... è il luogo migliore dove essere contagiato è fare teatro... Artaud, Grotowski... nella sospensione... è come se mettesse a posto tutte le cose, le riarmonizzasse... che non ha fretta di ristabilire il potere... quello che è interessante di questa cosa è che applicando questo linguaggio poetico nella banalità, senza astrazione, nel quotidiano, non dice niente di enorme ma nella sua semplicità dice cose reali, come la forza di gravità, porta tutto in basso... (Chiara, esterna cittàX)

Chiara quindi arriva a questo corso per curiosità ma soprattutto per la tipologia del corso, per il regista che vi lavora. Mette in rilievo l'aspetto relazionale come positivo, la libertà e il piacere nel fare questa attività rispetto a quelle più classiche, dentro i centri diurni.

Finché eravamo dentro il centro diurno era un'attività terapeutica e si spiegava da sé, quando è iniziata fuori ci voleva la motivazione, dovevi venire in un altro posto... l'esperienza del teatro non è fine a se stessa, è veramente interconnessa con tutti gli aspetti della vita, in particolare la relazione... [...] la dimensione terapeutica c'è e non c'è, puoi guarire come no, è terapeutico proprio perché sei libero dal farlo e prendere respiro da questa cosa... fa stare bene e questo non può che fare bene cioè, vivere esperienze belle nella vita fa bene, banalmente... anche perché poi ci sono persone giovani, ragazzi giovani, Paolo ha 29 anni cioè... ne traggono vantaggio persone con le loro esperienze che sono molto strutturate per cui non è che puoi pretendere... Mario è venute e fa il suo ma... cioè, ritiene che il teatro debba essere serio... c'ha il suo carattere e le sue idee ed è giusto così, anche lui si diverte, a volte no... [...] lo stesso Paolo, è arrivato molto timido... e sulla base del rapporto che ha instaurato con le persone del gruppo è... è... e motivato ad essere sé stesso in un ambiente condiviso cioè non è... si parla anche d'altro, è molto meno egocentrico di quanto fosse prima, prima ciascuno è la sua malattia... anche Giulia era molto chiusa... è un'esperienza molto bella che ti moduli come un mosaico tra le altre esperienze e... lei ha cambiato colore... ha voglia di chiacchierare... (Chiara, esterna cittàX)

Questo brano regala, innanzitutto, due suggestioni organizzative importanti che riguardano i confini e l'oggetto di lavoro. Stare dentro, fisicamente, negli spazi istituzionali, rende difficile liberarsi dalle routine – così come ha fatto poi Sonia – e dalle rigidità dei ruoli istituzionali. I confini organizzativi tendono a mantenere rigidi ruoli e strutture così che uscire da essi consente un grado di libertà maggiore agli attori organizzativi che possono “ammorbidirsi”. Emerge poi la presenza di un pensiero organizzativo che ha teso verso la costituzione di un gruppo liminale pur all'interno del DSM, chiamandolo appunto “stop! Spazio autonomo”. Lavorando per creare davvero uno spazio fuori dai confini istituzionali che fosse autonomo, questo servizio – o, come abbiamo visto più spesso, alcuni operatori al suo interno – palesa la sua idea di “oggetto di lavoro”: lavorare mantenendo la propria specificità “riabilitativa” ma in contesti della città.

L'incontro con Chiara è stato molto interessante nell'elaborazione delle riflessioni di questo capitolo, nonostante la sua visione conflittualista del mondo. La sua esperienza da esterna e la sua conoscenza del teatro, mi hanno aiutata nella costruzione del quadro delle attività riabilitative aperte, in particolare dei gruppi teatrali. Chiara mette infatti in evidenza l'aspetto relazionale nel gruppo come centrale in quella esperienza, considerando la dimensione “terapeutica” come costitutiva e non presente solo nelle attività “dedicate” ma parte integrante dell'esperienza artistica. Chiara traccia anche una connessione con le esperienze “normali”:

due anni fa ho affiancato un regista in un corso per principianti e c'era una ragazza che non aveva un filo di voce... timidissima... e lei lo faceva proprio per mettersi alla prova... per stare bene... in un contesto normale... ci sta anche per conoscere gente, per fare delle cose insieme... (Chiara, esterna cittàX)

Una persona “normale” questa ragazza, che però necessitava di un clima accogliente che potesse capire i suoi silenzi, un tema che interessa anche Annachiara e Paola. Chiara mette poi in relazione il suo ruolo di esterna con la rappresentazione del ruolo dell'operatrice all'interno di questa esperienza teatrale:

non è che hai teorie quando incontri le persone, incontri un mondo... ti poni per quello che sei, per come sei... io non voglio sapere niente delle loro malattie... la presenza dell'operatore l'ho criticata molto ma ben venga... va sedotta anche l'operatrice, è impostata sul controllo perché lei “sa” e può usare quello che sa contro... ma lei è in buona fede... (Chiara, utente cittàX)

Chiara, al di là della sua visione come ho già detto, conflittuale, ci consente di guardare a Sonia come l'infermiera-attrice che diventa sempre più attrice ma senza dimenticare di essere anche infermiera in una sorta di circolo virtuoso in cui l'utente-attrice/attore è riconosciuto e si riconosce sempre più come attore che come utente.

Una situazione un po' di versa c'è a cittàY dove ho incontrato Agata, anche lei ha frequentato un gruppo di teatro ma è un'esperienza che non vuole ripetere anche se dice che le è piaciuta molto. Quella a cui ha partecipato Agata non è stata un'attività aperta, non c'erano persone esterne ai servizi, i componenti erano utenti del centro diurno e del CSM. Agata non si sente un'attrice, ha vissuto l'esperienza teatrale come un tentativo, fatto per assecondare le richieste del suo medico, che stima molto. È stata un'esperienza importante, bella e molto forte e l'inizio del suo racconto assomiglia molto all'esperienza della ragazza “normale” di cui ci ha parlato Chiara.

Ag: ... le dirò una cosa...io ho accettato di fare il teatro perchè sono molto timida e volevo... un po' vincere questa... timidezza così... e... è stata una cosa bella veramente bella perchè era quella brillante e anche coi ragazzi qui mi son trovata molto bene abbiamo collaborato... abbiamo lavorato... abbiamo collab... anche... come si dice... in maniera festosa (sorridente) si è anche riduto perchè anche delle battute ci si dimenticava... sì è stata una bellissima esperienza però... ehm alla fine quando era ora di andare in scena sul palcoscenico... che si avvicinavano i giorni per me è cominciato a diventare un trauma ero troppo agitata... comunque è stata una bella esperienza ma non mi son più sentita di... di rifarla non la rifarei più...e e...è bella la prima volta ma poi penso diventa anche una cosa monotona cioè... è il bello della novità perchè non l'hai mai fatta però poi... se si è portati per un certo tipo

di cose si può continuare a farle... se invece... non sei portata per un certo tipo di lavoro... allora...

A: mi racconta di quando ti hanno proposto di partecipare a questo corso...

Ag: ... mah è stata una cosa così... hanno fatto le... delle attività e siccome io sono sotto la dottoressa Turchese, ha detto “questo semestre” perchè fanno di 6 mesi in 6 mesi “abbiamo inserito un'attività nuova che è il teatro... ti interessa? Mi farebbe piacere” ha detto la dottoressa Turchese “per vedere se ti smuovi un po' insomma” ecco... così... allora ho detto “beh posso provare al limite se non ce la faccio... mi tiro indietro”... e invece son riuscita a portarla fino... fino in fondo [...] io ho una stima e una devozione proprio per la dottoressa Turchese perchè mi ha aiutato molto nei momenti... momenti molto difficili della mia vita... quindi diciamo che ho accettato per far contenta anche lei ha capito? cioè... per darle la soddisfazione anche a lei... è stato più per dare una soddisfazione a lei che io ho accettato... [nel frattempo le chiedo se possiamo darci del tu]

A: mi descrivi l'atmosfera che c'era durante questo gruppo...

Ag: ooh bella! Bella! Sì, eravamo molto affiatati... ehm... molto affiatati non solamente quando si recitava ma c'erano anche delle risate se qualcuno sbagliava battuta... così... però delle risate buone non da prendersi in giro così... e poi anche con gli operatori si era instaurato un rapporto... sì di amicizia... sembravano quasi le comiche per dirti cioè capisci (sorridente) ?... sì è stato bello sì ecco [...] quel giorno che abbiamo fatto teatro che c'era la gente che ci vedeva che allora eravamo tutti vestiti proprio da teatranti... io avevo il velo in testa e così... e poi tutti che mi hanno detto che ho recitato benissimo però... mi sembrava di non essere io che recitavo... cioè di essere un'altra persona che recitava... (Agata, utente cittàY)

Con questo brano dell'intervista di Agata chiudo il paragrafo esplicitando il perché del titolo. Un aspetto significativo che emerge da queste esperienze è il forte senso di gruppo, di affiatamento con i compagni di corso, operatori ed esterni compresi. In questo senso l'esperienza paga in sé. Se poi, nel gruppo, ci sono anche esterni, diventa evidente come ci si confronta con diversità maggiori, con vissuti ed esperienze differenti. La figura dell'operatore appare così cruciale nel condurre la danza con gli utenti tra i movimenti protettivi e quelli tendenti all'acquisizione dell'autonomia.

6.4 “Un’esperienza unica che non so se ripeterò”. La difficile convivenza nella Terra di Alter

Le attività riabilitative, lo abbiamo visto con alcuni aneddoti riportati nelle interviste, possono generare tensioni e difficoltà. Soprattutto quelle aperte possono essere vissute dagli utenti come “spinte” verso l’esterno che non si sentono in grado di sostenere ma abbiamo visto come sia fondamentale il tipo di interazione con gli operatori.

È il caso di Claudio e Guglielmo che con l’esperienza del campionato di pallavolo amatoriale hanno vissuto momenti di sconforto, si sono sentiti in forte difficoltà. Anche per Agata, che ha partecipato ad un corso di teatro, l’esperienza è stata molto forte e le ha creato ansia:

sì è stata una bellissima esperienza però... ehm alla fine quando era ora di andare in scena sul palcoscenico... che si avvicinavano i giorni per me è cominciato a diventare un trauma ero troppo agitata... comunque è stata una bella esperienza ma non mi son più sentita di... di rifarla non la rifarei più... (Agata, utente cittàY)

Lo stesso è stato per Paola e per Azzurra durante un soggiorno estivo, un’esperienza lontana dai luoghi conosciuti. Paola, che frequenta la squadra di pallavolo, racconta della sua prima partecipazione al torneo nazionale Anpis che ha condiviso con operatori e compagni di squadra:

eh... ti dico... io... a me non piace andare fuori casa perciò... la prendo un po' male quando devo andare fuori infatti... quello in Sardegna l'ho fatto, l'ho fatto però son stata male un mese dopo che sono andata... che sono stata là... eeee... sarebbe bello perchè vedo anche gli altri che erano intorno a me che facevano la... la mia stessa esperienza... si sono divertiti tantissimo hanno trovato... eee... appunto sia il modo di divertirsi con... con una vacanza e anche c'era poi il campionato... e io.. .cioè alla fine non volevo saperne di uscire dalla stanza praticamente (sorride) ho fatto cinque minuti di pallavolo e dopo basta non ce la facevo più... (Paola, utente cittàX)

Azzurra invece non l’ho incontrata personalmente ma frequenta una comunità alloggio di cittàK in cui sono stata per seguire il gruppo “tempo libero”. Un giorno Giorgia, l’educatrice, mi ha regalato una copia del giornalino del centro diurno su cui leggo di un’esperienza che si chiama “vacanze in autonomia”. Si tratta di alcuni soggiorni estivi dove gruppetti di utenti sono stati in vacanza al mare senza operatori. In queste pagine Azzurra, utente della comunità alloggio, racconta questa sua esperienza:

...non è stato facile per me, ci sono stati momenti in cui avrei voluto tornare a casa e altri in cui avrei voluto spaccare tutto...

mandavo un messaggio a Bianca [la responsabile della comunità] e lei mi richiamava... alla fine ci sono riuscita e sono rimasta fino alla fine. È stata un'esperienza unica che non so se ripeterò, sicuramente è stata un'esperienza che mi ha maturato tanto... (Azzurra, utente cittàK)

Tutte queste esperienze difficili, per alcune anche belle e positive, le possiamo osservare cercando di cogliere come gli attori hanno attraversato la *Terra di Alter* e hanno abitato questo spazio del rischio.

Il processo incessante che cristallizza in forme il fluire della vita, così come Simmel lo teorizza, coinvolge tutti i cui protagonisti in gioco nella salute mentale: operatori, utenti, familiari, amici, enti locali, vicini di casa...

Questo processo si muove con spinte verso l'esterno, il fuori e tutti i suoi significati: ignoto, spazio del rischio, da sperimentare, mettersi alla prova... e spinte verso l'interno, il dentro e quindi la protezione, la cura e il controllo. Così gli operatori e i familiari sono motori di questo movimento quando spingono, caldeggiano, insistono per (s)muovere gli utenti verso qualcosa come un'esperienza non di routine (per l'organizzazione o per l'utente) e anche quando tendono invece a far rientrare, a con-tenere cioè tenere con sé in un clima protettivo, difensivo nei confronti dell'esterno. E gli utenti a volte favoriscono queste spinte, potenziano il movimento di spinta o di ritorno, a volte li ostacolano in entrambe le direzioni di marcia. Questo movimento si muove così tra il noto e l'ignoto, tra lo spazio conosciuto, ordinato, e lo spazio sconosciuto in cui non c'è ordine ma ci sono opportunità per la ri-generazione. Secondo Morin (1977) questo movimento è circolare ma procede in cammino come una spirale:

Conservare la circolarità, mantenendo l'associazione di due proposizioni che isolatamente sono riconosciute vere entrambe, ma che non appena entrano in contatto si negano reciprocamente, significa aprire la possibilità di concepire queste due verità quali due facce di una verità complessa; significa svelare la realtà fondamentale, che è la relazione di interdipendenza fra nozioni che la disgiunzione isola od oppone, significa dunque aprire la porta alla ricerca di questa relazione. ... Prendere in esame la circolarità, significa conseguentemente aprire la possibilità di un metodo che, facendo interagire i termini che si rinviano l'un l'altro, diverrebbe produttore, attraverso questi processi e questi scambi, di una conoscenza complessa che comporti la propria riflessività. ... Intravediamo la possibilità di trasformare i circoli viziosi in circoli virtuosi, che diventano riflessivi e generatori d'un pensiero complesso. Da cui l'idea che regolerà la nostra partenza: non bisogna spezzare le nostre circolarità, bisogna al contrario prestar cura a non staccarsi da esse. Il cerchio sarà la nostra ruota, la nostra strada sarà a spirale. (id., pp. 23-24)

Il metodo indicato da Morin bene si adatta all'analisi delle esperienze di attività riabilitative (anche aperte) – abbiamo visto nel dettaglio la pallavolo e il teatro –.

Gli aspetti positivi sono individuati, dagli utenti, come riuscita personale o di gruppo dell'attività in sé (fare punti o vincere la partita; ricordarsi la parte o partecipare ad una buona rappresentazione) e poi, il benessere dato dalle relazioni significative. Tra queste, le relazioni tra utenti e tra utenti ed esterni, ma anche tra operatori e utenti. Quest'ultima relazione viene indicata come significativa per la riuscita stessa dell'attività: è grazie agli operatori che richiamano gli utenti quando non si presentano sostenendoli nella difficoltà di mantenere un impegno, che cercano di convincerli, che li spronano a continuare, che li sostengono nei momenti difficili, se molti utenti hanno la possibilità di fare esperienze per loro positive nelle attività aperte. Il ruolo degli operatori da un lato diminuisce di pregnanza nelle attività riabilitative aperte in cui gli esterni diventano motivazione alla partecipazione: perché grazie a loro si gioca meglio, perché il gruppo acquista solidità in sé grazie al loro contributo. Dall'altro proprio nelle attività aperte gli operatori devono tenere maggiormente i sensi, non solo gli occhi, bene aperti.

È difficile rappresentare graficamente questa dinamica per mostrare come le due dimensioni si alimentino l'una con l'altra: dove c'è riuscita e successo nell'attività svolta c'è benessere che alimenta il senso del gruppo e la voglia di stare insieme; dove si sta bene, si è accolti e accettati, anche l'attività in sé riesce meglio o comunque attinge senso dalle persone che la condividono. Naturalmente non si tratta di un automatismo, la dinamica di nutrimento dell'una attraverso l'altra avviene se gli attori in gioco mantengono morbidi i loro ruoli, sono a lasciare le sicurezze dei confini e con fiducia e piacevolezza attraversare la *Terra di Alter*.

Conclusioni

Ho esordito questo lavoro etnografico con un brano del mio diario per porre in luce come, nell'interazione tra persone, quelli che vengono considerati "normali" e quelli che invece sono considerati "pazzi" lo sono sulla base di costruzioni sociali. Partendo dal presupposto che ciò che definiamo "pazzia" fa parte ed è parte di ciò che chiamiamo "normalità", obiettivo di questo lavoro è mostrare alcuni processi di socializzazione in cui gli attori sociali danno forma all'interazione attraverso i processi del coagulare e dello scindere, seguendo l'ispirazione simmeliana che caratterizza l'intero lavoro.

Il processo del distinguere è un'esigenza sociale, e il tracciare confini costituisce il modo più semplice e comune con cui mettere ordine al fluire incessante della vita e comprendersi attribuendo significato a forme che in questo modo vengono date per scontate. Anche il linguaggio corrisponde a questa esigenza in cui, entro confini ben definiti e socialmente condivisi, rinchiudiamo dei significati; non a caso Berger e Berger (1995) per illustrare nel loro manuale di sociologia il concetto di "istituzione sociale" fanno proprio riferimento al linguaggio..

Immersi nel fluire e nel cristallizzarsi delle forme noi ricercatori possiamo scegliere di focalizzarci prevalentemente sull'uno o sull'altro processo, oppure di mettere in rilievo entrambi. Con l'intento di mostrare come entrambi i processi appartengano alla vita quotidiana delle attività riabilitative dei servizi per la salute mentale in Veneto, ho utilizzato i concetti di confine, frontiera e Terra di Alter.

A partire da pratiche che mettono in atto separazioni e costruiscono confini, oppure frontiere, che comunque separano pur consentendo attraversamenti più frequenti e consistenti, ho osservato pratiche che invece tendevano a costruire connessioni in una Terra di Alter dove i soggetti accettano il rischio dell'incontro con la differenza, che costringe a conoscere se stessi attraverso l'altro.

Nella parte metodologica ho cercato di lasciare traccia, il più possibile, del sapore del mio attraversare, usando diari e descrizioni degli attori per colorare le rappresentazioni che riportavo dalla vita caleidoscopica alla bicolore forma scritta.

Prima di iniziare ad attraversare il materiale empirico ho presentato la mappa concettuale, cinque fili rossi che ritroviamo nel corso di tutto il lavoro: disagio, paura della contaminazione, ascolto, emozioni e piacevolezza. Il disagio è il presupposto a tutto il lavoro, la componente di "mancanza di agio, scomodità" delle interazioni di cui abbiamo parlato. La paura della contaminazione è protagonista delle interazioni che creano confini, barriere per proteggersi dall'indefinito che caratterizza l'incontro con Alter. L'ascolto è una dimensione dei "sensi" sia soggettiva che organizzativa

che ritroviamo all'interno delle interazioni micro e consente di rendere conto delle dinamiche comunicative. Le emozioni sono guardate come occasione preziosa per rendere conto degli aspetti nascosti delle interazioni, quelli che rimangono coperti dalle maschere che indossiamo. La piacevolezza infine, come accezione della socievolezza simmeliana coniata per rendere conto del piacere che in forma "pura e leggera" trova spazio nelle interazioni delle attività riabilitative.

Nella prima parte del lavoro ho contestualizzato le attività riabilitative rispetto alle organizzazioni per la salute mentale evidenziandone la posizione di confine che le rende "parte" e contemporaneamente "altro" (in particolare quelle attività che ho definito "aperte") rispetto alle altre funzioni dei dipartimenti di salute mentale. Le attività riabilitative costituiscono infatti il collegamento organizzativo tra i servizi, da cui promanano, e la comunità locale, idealmente o concretamente coinvolta in queste attività. La questione, alquanto complessa, attiene alla definizione e realizzazione della "salute mentale" il cui concetto non è sovrapponibile a quello di psichiatria. Quest'ultima, infatti, è la disciplina medica che ha ricevuto il mandato sociale di occuparsi del disagio psichico, prima nel manicomio prima e successivamente nei servizi per la salute mentale. Con la nascita dei servizi per la salute mentale, si è via via ampliata la "multidisciplinarietà" di attori che si prendono cura del disagio ma, di fatto, lo fanno in un sistema in cui alla psichiatria spetta un posto centrale.

La questione principale che ne emerge è che l'ambiente in cui sono inserite le organizzazioni per la salute mentale è una sorta di patchwork (Balbo 1982, 2008) "attivo" (Weick, 1977) composto da molteplici attori, spesso orientati a demandare l'accoglienza del disagio psichico ai dipartimenti, più che a sostenerli in questa attività.

Addentrandomi all'interno delle organizzazioni per coglierne alcune specificità, ho messo in rilievo come cambiano le interazioni quando le gerarchie vengono interpretate in modo rigido e quando in modo poroso (Bateson, 1972). Nel primo caso i soggetti che occupano posizioni alla base della gerarchia possono utilizzare la "discrezionalità" (Jaques 1970, Lipsky 1980) o il "margine di libertà" (Crozier, Friedberg 1977) per agire il proprio potere. A livello organizzativo, le attività riabilitative saranno mantenute nella marginalità dagli operatori, per poter avere spazio decisionale, e marginalizzate dai vertici, per non incorrere in tensioni interne. Interpretando invece i confini in modo poroso le gerarchie assumeranno il senso di rendere possibile lo svolgimento delle attività organizzative senza produrre rigidità. Il leader, essendo nella posizione di dare un'impronta specifica alle interazioni, lo farà nella direzione di aprirsi e aprire all'ascolto utilizzando tutti i sensi a disposizione per condurre le danze delle parti interagenti senza snaturarle. Questa modalità di apertura all'incontro con Alter diviene la condizione necessaria per approdare al cambiamento assumendosi il rischio che comporta.

Nel capitolo conclusivo a questa prima parte ho iniziato ad esplorare le attività riabilitative nel loro organizzarsi, con particolare riferimento a quelle aperte al

coinvolgimento degli esterni. Attraverso il racconto di come quest'ultime attività sono nate e si sono consolidate o terminate, ho messo in luce come la loro posizione di confine rispetto all'organizzazione ne costituisca da un lato la fragilità – manca un supporto istituzionale – e dall'altro sia “garanzia” che esse si attivino solo se gli attori in gioco hanno disponibilità ed “energie” con cui sostenerle.

Presentando il contesto di cui fanno parte le organizzazioni per la salute mentale ed esplorandone alcune dimensioni sostanziali, ho fornito al lettore le chiavi di lettura per approdare all'analisi dei modi di fare società – i processi di socializzazione – emersi dal campo di ricerca.

Questo è infatti è uno dei miei obiettivi, rispondere alla domanda “a cosa serve?” una ricerca etnografica in un contesto della vita così specifico. Innanzitutto, la domanda chiama in causa quello che Ferrari (2010) chiama il “dilemma della restituzione”, cioè cosa, come e a chi restituire le riflessioni emerse dalla ricerca. Un vero dilemma nel momento in cui utilizziamo l'etnografia, una metodologia di lavoro che vede il ricercatore a stretto contatto con i “nativi” che accolgono lo “straniero” tra scene e retroscena della loro vita quotidiana senza la cui disponibilità a farsi osservare tutto queste pagine, e molte altre ancora, non sarebbero state scritte.

In maniera molto diretta e in un momento in cui non stavo pensando alle possibili conseguenze, mi è capitato di sottolineare al dottor Bianco come l'uso del camice marchi una differenza e quindi contribuisca a mettere distanza tra gli interagenti. La reazione è stata di chiusura, si è irrigidito e da lì in poi è stata una relazione faticosa dedicata alla ricucitura. È stata una di quelle che Marianella Scavi chiama “brutte figure dell'etnografo” che, comunque vada, consenti di rendersi conto di un nodo significativo, una questione cruciale per quella persona e l'organizzazione di cui fa parte. Io mi sono resa conto che al di là del camice, il problema era *come* restituire le mie osservazioni e le mie riflessioni.

Non ho chiaramente una soluzione, ma vorrei suggerire una possibile pista. Nell'ambito dei servizi per la salute mentale, una pratica molto diffusa per sostenere gli operatori nel lavoro con gli utenti sono le “supervisioni”, momenti programmati in cui uno psichiatra con riconosciute capacità comunicative ed esperienza pluriennale di lavoro incontra le equipe per discutere “sui casi” più problematici. A partire da questa tradizione nei servizi la ricerca sociologica assume il ruolo di una “Alter-visione” che viene offerta da un “altro” che rimanda agli operatori una visione differente delle proprie pratiche quotidiane.

Per rispondere poi alla domanda “a cosa serve?” questa ricerca rispetto alla teoria sociologica, essa rappresenta un'occasione per svelare come si fa società in contesti specifici che non sono altro che lo specchio di dinamiche più ampie e generali. Il tema del disagio, in fondo, appartiene alla vita di ciascuno.

Le domande che le persone mi fanno circa la mia ricerca mi riportano continuamente a pensare “a cosa serve?”. Questa domanda mi ritorna alla mente spesso. Ma se mi guardo attorno

vedo in quanti momenti annaspiano, in difficoltà nel mantenere un equilibrio. Un'operatrice un giorno mia ha detto:

“la malattia mentale è una malattia che (sorride) può colpire in qualunque momento e qualsiasi... anche io che pensavo di essere indenne... trovandoti in certe situazioni della vita... mi son sentita in bilico... e... per cui... dico... cioè, che tutti possiamo cadere...”

Il disagio è parte della vita e la vita è contenuta nel disagio:

“cominciavo a pensare che la mia non era soltanto una malattia, che i miei piccoli pensieri, le mie grandi emozioni, quelle che tu [psichiatra] definivi incongrue, erano gocce in quel mare che mi appariva infinito, qual mare in cui tutti noi nuotiamo a stento, a tratti in mezzo ai delfini danzanti, a tratti arrancando a fatica per non annegare”. (Baraldi, 2007, p. 32)

Insomma, forse proprio perché è un argomento scomodo, che mette inevitabilmente in discussione se stessi, mi chiedono “a cosa serve? Perché occuparsene?”... (dal diario etnografico del 17 settembre 2009)

Entrare nel tema dell'interazione in cui è presente la dimensione del disagio psichico ha comportato diverse scelte tra cui in che modo accedere al campo, attraverso quali luoghi, organizzazioni, gatekeeper. Un'altra scelta è stata quella di osservare le attività riabilitative e in particolare quelle aperte, cercando di rendere conto della complessità delle interazioni mettendo in rilievo il ruolo delle organizzazioni nel tracciare percorsi, alcuni cenni biografici degli attori, le emozioni emerse il tutto lasciando ampio spazio alla voce dei protagonisti che io ho introdotto.

Nella seconda parte del lavoro ho focalizzato l'attenzione sulle dinamiche che dai confini e le frontiere in cui la paura della contaminazione contribuisce a dare forma alle relazioni, si spostano nella *Terra di Alter* in cui le interazioni permettono di sperimentare “connessioni ritmiche” tra i soggetti. Nella concezione di questo termine ho utilizzato le teorie dei rituali nella prospettiva di Collins che, a differenza di Durkheim e Goffman non considera le “sincronizzazioni ritmiche” come un modo per adattarsi ai ritmi sociali predefiniti ma come nelle discipline olistiche e orientali (come quella taoista) e nella prospettiva di Bateson per le quali la “sacralità”, come una relazione tra forme che non sono mai pure, separate, altro l'una dall'altra, ma solo modi attraverso cui percepiamo la realtà:

la risposta giusta alla domanda: “quante dita hai?” non è “cinque”.

La risposta giusta è che abbiamo quattro relazioni tra le dita.
(Bateson, 1991, p. 449)

Le connessioni ritmiche non evocano quindi un adattarsi univoco, del soggetto al predefinito, ma un incontro dei ritmi di ciascuno degli interagenti, e l'interazione diventa quindi la danza in cui accordare i reciproci ritmi e movimenti.

Nella *Terra di Alter* tutti, uomini e donne, sono soggetti. Qui, pur permanendo, è possibile allentare le tensioni sociali che richiedono l'esercizio di un controllo *sul*

disagio, rigidità nelle definizioni dei ruoli, modalità routinarie di costruire le interazioni, in una parola: ordine. Qui esterni, utenti e operatori riescono ad ammorbidire le rigidità sociali per fare esperienza di Alter nonostante permanga “nell’aria” la paura della contaminazione che come una forza repulsiva spinge a ritracciare e riaffermare i confini sicuri. Qui, insomma, c’è spazio perché si esprimano le emozioni e la piacevolezza nelle relazioni, il disagio come parte di un tutto che è la vita dove “la parte contiene il tutto, ma spesso si dimentica che il tutto è contenuto nella parte” (Panikkar, 1998, p. 36) cioè che se la vita è in ogni uomo e donna allora la vita è contenuta anche nella persona con disagio.

Nel primo capitolo ho presentato alcune delle maggiori difficoltà che gli attori hanno incontrato nello sporgersi verso la *Terra di Alter*. Un modo per proteggere e proteggersi dalla indefinibile molteplicità delle interazioni possibili, per mettere ordine, è quello di costruire maschere che, di fatto, tappano e costringono la complessità dell’essere umano in spazi ristretti. Il risultato, lo abbiamo visto attraverso le esperienze di utenti come Paride e Andrea, è illusorio, un burrascoso “oceano dentro”⁴⁵ non può essere contenuto nella piscina di un centro diurno (per usare una metafora).

Un altro modo per tentare di mettere ordine nel disagio psichico è quello di considerare le persone come costituite da parti separate che, in questo caso, sono parti malate e parti sane. Gli attori si impegnano così in un faticoso processo che tende al ricongiungimento di queste parti, spinti da desideri e aspirazioni che emergono dai corpi smembrati degli utenti. Le organizzazioni così si trovano nella situazione di poter organizzare le possibilità a disposizione degli utenti attraverso la loro de-finizione (i “destini personalizzati” di cui parla il direttore di cittàY) o l’ascoltare in modo exotopico.

Attraverso le riflessioni nate attorno al tema della famiglia, di origine o evocata attraverso metafore e richiami alla funzione paterna e materna, ho messo in rilievo come siano affini ai processi del centrifughi e centripeti di ispirazione simmeliana, del tenere protetti e spingere verso l’autonomia. Entrambi i processi, coesistenti e necessari, chiedono alle organizzazioni di interrogarsi in merito a *come* lasciarsi attraversare da essi senza perdervisi né bloccarli. Il concetto di rischio connesso a quello di consapevolezza genera una possibile risposta a questi interrogativi in cui consapevoli delle cornici di cui siamo parte riusciamo ad utilizzare una “metodologia umoristica” per rischiare consapevolmente. È quello che si tenta di fare nella *Terra di Alter*.

⁴⁵ “Oceano centro” è il titolo di un progetto del 2006 organizzato dal DSM di Trento che ha visto un gruppo di operatori, utenti, familiari ed esterni attraversare in barca a vela l’oceano Atlantico: “l’oceano fuori si dimostra un’ottima medicina per l’oceano dentro” scrivono nel loro diario di bordo di Cadice (Spagna), 11 novembre 2006, 36°32',431 nord 6°17',044 ovest (www.oceanodentro.it).

Nell'ultimo capitolo i passi nella *Terra di Alter* si caratterizzano per il fatto che ci si concede e si concede di vivere la piacevolezza delle interazioni riconoscendone il significato per sé e per l'organizzazione. Fiducia, benessere e moltiplicazione delle possibilità e dei desideri hanno origine da interazioni con piacevolezza, come è successo al torneo di pallavolo con la squadra mista in cui tutti i partecipanti hanno chiesto di riprovare l'esperienza.

Nel rimanere in questo spazio del rischio gli operatori sono chiamati ad assumere consapevolezza del proprio ruolo nell'essere responsabili nell'accompagnare gli utenti all'incontro con Alter durante il loro periodo di "allenamento". In questo ruolo possono essere "ponti" che tracciano direzioni e percorsi o "porte" che aprono a molteplici direzioni possibili come li ha immaginati Simmel. Possono essere "volano" che da un movimento di apertura iniziale ne genera altri.

La metafora dell'acqua mi piace, mi convince ma ne ho usate fin troppe... certo che se come si dice "siamo tutti sulla stessa barca" ma ogni tanto si cade in acqua e si "annaspa"... forse avrebbe senso usarla... quando si è in acqua il fondo del mare è scuro e minaccioso e contemporaneamente affascinante, attrae e respinge, rappresenta il rischio di nuotare che ha in sé la possibilità del piacere e della scoperta ma anche il pericolo di annegare, anche per nuotatori esperti⁴⁶. Allora questa barca su cui tutti stiamo un po' a rotazione, potrebbe avere la funzione della barca d'appoggio che segue i nuotatori che attraversano gli oceani: c'è, per permettere all'atleta di appoggiarsi anche solo per un po'... (dal diario etnografico del 17 luglio 2010)

È un compito cruciale quello degli operatori, come di tutti coloro che sono chiamati (e si chiamano cioè scelgono) ad "educare" o, meglio, ad accompagnare qualcun Altro:

La parola educare esprime tutta la fallacia della questione. Chi enfatizza tale parola si richiama al significato etimologico di *ex-ducere*, estrarre, "tirar fuori da". Quindi, sembrerebbe che al centro ci sia ciò che è interno al neofita, al formando. In realtà, non ci si avvede che in quel modo di porre la questione si nasconde un duce; è lui il protagonista della scena. È lui, il duce – guarda un po' siamo ancora all'autore delle tre parole chiave di questo scritto – che "conduce perché ha la luce". È lui che estrae dall'altro, perché sa cosa e come estrarre e cosa potrà/dovrà diventare l'altro. Allora, in apparenza la parola educazione sembra piena di attenzione per cosa il neofita è, almeno potenzialmente; ma, dicendo questo, si

⁴⁶ Durante i campionati mondiali di nuoto di Roma nel 2009, due nuotatori hanno rilasciato un'intervista alla televisione in cui dichiaravano che nuotare in mare non li faceva rendere al meglio, preferivano la piscina in cui "vedi il fondo". Un esempio di come siano rassicuranti i riferimenti "visibili" per poter proseguire.

trascura la questione della relazione di potere sottesa tra i due. Quello che la parola esprime è la richiesta di obbedienza. Abbiamo, invece, bisogno d'altro; abbiamo bisogno di mettere al centro la responsabilità, ossia il fare da sponda all'alterità che l'altro, qualunque altro, quindi anche il più giovane, rappresenta. Però per farlo, io – io che mi assumo la responsabilità – devo accettare di essere in un processo di ascolto, un ascolto bidirezionale, ma innanzitutto un ascolto di me, dello spirito che soffia in me. Non è che prima devo conoscermi e poi... Non è una questione di due tempi: prima mi conosco e poi... E questo perché il processo di conoscenza di sé è, appunto, un processo mai concluso e, per fortuna, mai concludibile, proprio perché esprime il fluire della vita. La responsabilità, il fare da sponda può quindi costituirsi – ed è questa la forma “diffusa”, quella dell'insegnamento – come un cercare di con-formare il più giovane alle proprie forme, aspettative, esperienze... In questo modo si sprecano, dissipano la specificità, l'unicità, la differenza dell'altro; se ne assorbono le energie, tentando, inevitabilmente, di ridurle a unicità. Per fortuna riuscendoci raramente in modo completo. Oppure l'altra strada, tutta in salita, tutta da rintracciare ogni volta, è quella di accompagnarlo nella sua scoperta di ciò che è dentro il suo cuore, il senso dello spirito che soffia in lui. Si tratta di accompagnarlo nell'elaborazione di modi di elaborazione delle forme dell'ascolto di sé e del mondo, e della trasformazione di questo nelle forme di condivisione, meglio, di messa in comune, che è più o comunque differente di una divisione. Per far ciò devo innanzitutto praticare io l'ascolto dello spirito che soffia in me, l'ascolto del senso che soffia in me, che è cosa altra e più profonda del cogito cartesiano, del pensare. Tale ascolto ha molto più a che fare col cuore e con la pancia che con la testa. (La Mendola, 2009)

Attraverso gli operatori, il loro ruolo e la modalità di interazione con gli utenti, scopriamo il significato profondo dell'interazione “in ascolto”, la “profonda attitudine dialogica con tutto l'amore” di cui parla Borgna e il “dialogo dialogale” di cui parla Pannikar in cui la spinta profonda è data dal conoscere se stesso ancor prima che l'Altro e ci ricorda, ancora che

l'uomo è sede di un doppio movimento, centrifugo e centripeto. All'inizio, un movimento che si può chiamare di assorbimento e assimilazione – accoglienza della realtà per le tre finestre che sono in me (i sensi, l'intelletto, lo spirito): è la conoscenza. Da questa facoltà dipende la capacità che abbiamo di definire tutte le cose. [...] C'è anche un altro dinamismo nell'uomo, un dinamismo centrifugo. In effetti, non puoi conoscere se non vai alle cose, poiché non sono esse che verranno a te. È qui che si situa l'amore. L'amore è il dinamismo verso l'esterno, verso l'altro. (Pannikar, 1998, p. 204)

“Il dinamismo verso l’altro” si realizza attraverso il corpo che entra in modo importante nell’interazione per renderla viva. Così è anche per - e con - gli esterni dove “il gioco si fa duro” ed emergono le difficoltà, le paure, le resistenze, i desideri di fuga verso i rassicuranti confini. Quando la mediazione degli operatori c’è ma lascia spazi di respiro, utenti ed esterni sperimentano davvero cosa significa la *Terra di Alter*: un luogo del possibile. Rendere conto di questa “vertigine” non è facile, in parte ci è riuscita Chiara, la ragazza che ha deciso di andare a fare teatro con “i matti” per “lavorare sullo scarto delle cose che vengono male” su ciò che altrove, dico io, non possiamo permetterci. Per Chiara come per altri

le figure dell’Alterità suscitano anche fascino, eccitazione e desiderio, e che, insieme all’angoscia, anche il piacere entra nelle reazioni all’Altro visto come una “fonte di rischio”. [...] Il rischio che consiste nell’attraversamento o oscuramento dei confini. (Lupton, 1999, pp. 156, 180)

A me è accaduto un episodio in cui mi sono sentita scomoda, in cui più che una piacevole vertigine ho sentito uno “scomodo disagio”. Ancora oggi non so dire se ci sia stata una dimensione di piacevolezza, forse il fatto essere riuscita a non scappare, di essere rimasta, nonostante la difficoltà, nella *Terra di Alter*:

Ogni anno una comunità terapeutica gestita da una cooperativa sociale che lavora a cittàX, festeggia il suo anniversario organizzando una festa che è soprattutto l’occasione per coinvolgere il quartiere in cui si trova. Da anni infatti il giornalino della comunità viene distribuito insieme a quello della parrocchia in tutte le case del quartiere e ogni anno a giugno, in occasione di questa festa, si organizzano tornei di calcio per i bambini e una serata con grigliata, lotteria e spettacolo finale. In quell’occasione partecipo alla festa come un’ospite qualsiasi, solo il responsabile e un paio di operatori della comunità mi conoscono e durante la serata nessuno mi chiede chi sono e il motivo della mia presenza lì. La comunità si trova in una zona residenziale alla periferia della città, immersa nel verde, è una casa molto grande, con un porticato che ne percorre tutta la facciata, molto spazio verde nel quale è stato allestito un tendone. Ero già stata qui in altre occasioni, ora c’è molta più gente, sotto il porticato ci sono tavoloni e panche piene di gente seduta, nessuno sta ancora mangiando, sotto il tendone anche. Ci saranno circa un centinaio di persone, alcuni li conosco, ci sono delle persone anziane, alcune famiglie con bambini. Eppure c’è silenzio. Un vociare contenuto, molti volti non sorridenti, neutri, da un angolo in fondo al portico uomini – alpini - abbrustoliscono la carne e ragazzi e ragazze – scout – la distribuiscono nei piatti. Non sono da sola stasera, con me c’è il mio compagno che, oltre che per accompagnare me, è venuto per lo spettacolo, un duo comico di cabarettisti in veneto – e così sarà, immagino – per qualcun altro tra i presenti. Lo spettacolo è gratuito e il duo è abbastanza conosciuto in zona, la

cena ha un prezzo contenuto, sette euro a testa. Quando arriviamo una ragazza, un'operatrice che conosco solo di vista (ma lei non si ricorda di me) ci indica dove possiamo trovare dei posti liberi. Ci sediamo ad un tavolo già occupato da quattro uomini che ci accolgono volentieri, ci fanno spazio e distribuiscono le bibite e le posate. Io sono seduta vicino ad Andrea che da affermazioni tipo "hai un bel sorriso" passando per "sorridi come la mia psichiatra" arriva a "tu sei la Madonna... e io sono Dio!" Al tavolo solo un uomo ascolta quello che dice Andrea e segue i nostri discorsi, è un suo vicino di casa, capiamo dai racconti che ci fa, ci dice che adesso Andrea non lavora più in cooperativa, non frequenta più la comunità e che dorme poco. Faceva una vita più regolare quando la mamma era viva. Racconta poi che Andrea si innamora spesso delle commesse, bariste... l'ultima, di un locale in centro dal quale l'hanno allontanato più volte perché tormentava la ragazza. Racconta queste cose chiedendo spesso l'intervento di Andrea, perché confermi o completi il racconto. Andrea partecipa, conferma e mi guarda insistentemente per poi distogliere lo sguardo e ritornare. Fa così di continuo, senza parlare. Mi sento scomoda, a disagio, lo guardo e sento che quegli occhi sono come due buchi neri che mi inghiottono. Cerco di resistere sorridendo, cambiando discorso, parlando con altri, ma sono solo tentativi, lui è sempre lì che mi cerca e vuole da me delle risposte, vuole che io risponda alle sue aspettative nate così, all'improvviso. [...] Durante lo spettacolo Andrea siede poche file avanti a noi, il suo amico è stato raggiunto da una donna che credo provenga dall'est europa dall'accento, a cui cinge la vita, lei guarda amorevolmente Andrea dicendogli "stai qui con la mamma!". Lui però si gira spesso e mi guarda, io mi sento svuotata da quello sguardo che chiede e a cui non so dare risposte convincenti e mentre ho provato un moto di silenziosa ribellione di fronte alle attenzioni materne di questa donna verso Andrea, ora mi sembra che questo tipo di relazione abbia molto a che fare con le sue fragilità. Ora Andrea è molto teso, non riesce a stare seduto, viene a sedersi dietro di noi e mi chiama bussandovi lievemente la spalla, io mi giro, gli sorrido implorandolo con lo sguardo di smetterla e lui "ho bisogno di te" mi dice sottovoce per non disturbare gli altri. Al che io gli dico qualcosa, provo a convincerlo che non è possibile e mi giro verso lo spettacolo. Poco dopo mi chiama di nuovo e la scena si ripete, molte volte, fino a che si alza e chiama il suo amico che lo accompagna a casa... (dal diario etnografico del 5 giugno 2009)

Attraverso i racconti degli esterni che ho intervistato emerge come la piacevolezza sia una dimensione fondamentale per la riuscita delle attività riabilitative aperte, che consente di sostenere la fatica. Perché è faticoso conoscere l'Altro attraverso il conoscere se stessi.

A questo punto emerge chiaramente come l'impegno che gli operatori mettono nell'organizzare questo tipo di attività è necessario e possibile solo se è presente non

solo una spinta emotiva ma anche un supporto organizzativo come “un campo base in cui riprendere fiato” (Manoukian, 1998, p. 116).

Con la costruzione di questi campi base – campi mobili, agili come quelli delle tribù nomadi – è la direzione verso cui i servizi per la salute mentale stanno cercando di andare, lentamente, muovendo passi incerti per realizzare gli obiettivi da tempo dichiarati.

Quando quello dell’incontro con Alter diventa un obiettivo prioritario e le attività miranti ad esso diventano principali, visibili e non più soffocate e minoritarie come abbiamo visto essere nelle esperienze venete, si realizzano esperienze molto interessanti. Prendo ad esempio un’esperienza di impresa sociale nata da dentro i servizi per la salute mentale ma che ha avuto da subito l’intento di “organizzare” l’incontro con Alter.

La cooperativa e associazione Olinda opera in alcuni spazi dell’ex ospedale psichiatrico di Milano, il Paolo Pini in cui utenti e operatori gestiscono un ostello, un bar-ristorante, un servizio catering, un centro estivo per bambini, un teatro e organizzano uno tra i più importanti festival culturali milanesi estivi. Ciò che è stato fatto quindi è stato “uscire per portare dentro” dove questo dentro è diventato uno spazio aperto cioè hanno lavorato per moltiplicare le occasioni di convivenza con e per le persone con disagio psichico.

Sulla base di questo impianto, la vocazione sanitaria del contesto e delle attività viene declinata in termini di produzione di salute (non solo mentale) e viene misurata sulla capacità di incidere sul disagio sociale diffuso nei quartieri dell’area, sulle condizioni dello star bene, o star meglio delle persone (sane e malate): creando legami sociali, organizzazione, progetti da condividere; producendo risorse economiche che sono fonte di reddito, appartenenze che sono fonte di riconoscimento, e risultati materiali e simbolici che alimentano “il rispetto” [Sennet, 2005]. Qui sono decisive quelle figure terze che spezzano la separatezza della relazione terapeutica, che portano “iniezioni di normalità”: artisti, urbanisti, designer, tecnici, professionisti e volontari delle diverse iniziative contribuiscono a svolgere il lavoro terapeutico così ridefinito, incalzando amministratori, servizi e operatori sanitari. (de Leonardis, Emmenegger, 2005, p. 75)

“C’è la contraddizione portata allo scoperto e resa sopportabile” proseguono gli autori. Le gemme di questi processi ci sono anche in Veneto: a cittàW abbiamo visto la nascita di una falegnameria e ora pensano ad un maneggio, a cittàY invece c’è in progetto una fattoria sociale.

Si tratta innanzitutto di strategie di trasformazione organizzativa di servizi (pubblici o meno) che puntano a fare delle imprese, o meglio intraprese che producono socialità, che producono e moltiplicano commerci sociali, interazioni e attori, materie e luoghi di comunicazione, cooperazione o conflitto, legami sociali. Il

compito istituzionale di assistenza di persone più o meno seriamente deprivate vi è inteso e praticato come compito di validazione che richiede da un lato l'investimento sulle loro capacità e risorse e dall'altro un lavoro di ricostruzione di contesti di vita dove ciascuno possa essere in grado di perseguire il proprio progetto di vita. (de Leonardis, 1988, p. 22)

Il lavoro sui “contesti di vita” per cercare un *proprio* progetto, richiede un'attenzione alle dimensioni della salute mentale che non può essere un “frutto possibile” ma necessario, perché il “nocciolo” della psichiatria non ha la possibilità di continuare a farne le veci. Il mondo del privato sociale riesce a muoversi in questa direzione che invece per i servizi è ancora lontano da immaginare. È possibile però, per organizzazioni che esistono grazie alla persistenza dei confini e della paura della contaminazione, aprirsi diventando il più possibile soglia:

Tra il dentro e il fuori si disegna una soglia che definisce il luogo dell'incontro, dell'ascolto, dell'aiuto, della terapia, in una sorta di contiguità tra la casa delle persone, gli spazi del rione, i luoghi collettivi, il centro di salute mentale. La soglia è il luogo. Progettare e costruire un centro di salute mentale significa rendere concreto, praticabile, abitabile la soglia. Il centro allora oltre che essere un luogo bello, accogliente, confortevole deve coltivare la vocazione a essere punto di passaggio, confine, attraversamento. Disporsi instancabilmente tra lo star bene e lo star male, tra la normalità e la anormalità, tra il regolare e l'irregolare, tra il singolo e il gruppo, tra le relazioni plurali e la riflessione singolare, tra gli spazi dell'ozio e dell'attività. Un luogo dove le dichiarate intenzioni terapeutiche e le scelte strutturali, costruttive, urbanistiche garantiscono le persone a essere ospiti senza rinunciare alla possibilità di appropriarsi del luogo. Un luogo che contrasta la sottomissione e l'assoggettamento. Un luogo dove le persone, senza la paura del confine che si chiude alle loro spalle, possono entrare per dire il proprio male, farlo sentire, dividerlo. Un confine aperto che garantisce sempre il ritorno. (Dell'Acqua, 2010, p. 2)

L'anello di congiunzione tra i due modi di abitare o aprirsi verso la *Terra di Alter* è quella che Ota De Leonardis identifica con il passaggio dai luoghi della cura alla cura dei luoghi.

I luoghi, dunque, sono la *Terra di Alter*

... perché sarebbe bello salire su un tram
e scendere dopo quattro fermate
con qualcuno che non ho mai visto
e insieme entrare in un bar
ordinare una bibita ghiacciata
e poi parlare con il barista.
Chissà,

magari mentre siamo lì
a parlare tutti e tre,
chissà,
magari arriva un altro signore e ci dice
“dai andiamo al cinema”.

(tratto da un volantino realizzato dal DSM di Trieste, 2010)

Bibliografia

Appadurai A., 2004, *The capacity to aspire: culture and the terms of recognition*, in Vijayendra R., Walton M. (a cura di), *Culture and Public Action*, Stanford University Press.

Augé M., Herzlich C, 1984, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano, 1986.

Bachtin M., 1979, *L'autore e l'eroe. Teoria letteraria e scienze umane*, Einaudi, Torino, 1988.

Balbo L., 1982, "Patchwork": *una prospettiva sulla società di capitalismo maturo*, in Balbo L., Bianchi M., *Ricomposizioni. Il lavoro di servizio nella società della crisi*, Angeli, Milano.

Balbo L., 2008, *Lavoro e cura. Imparare a cambiare*, Einaudi, Torino.

Barth F., 1994, *I gruppi etnici e i loro confini*, in Maher V. (a cura di), *Questioni di etnicità*, Rosenberg e Sellier, Torino.

Basaglia F., 1968, *L'istituzione negata*. Einaudi, Torino.

Basaglia F., 1979, *Conferenze brasiliane*, Cortina, Milano, 2000.

Bateson G., 1968, *La matrice sociale della psichiatria*, il Mulino, Bologna, 1976.

Bateson G., 1972, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1997.

Bateson G., 1991, *Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1997.

Beck U., Giddens A., Lash S., 1994, *Modernizzazione riflessiva : politica, tradizione ed estetica nell'ordine sociale della modernità*, Asterios, Trieste, 1999.

Becker H. S., 1963, *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Gruppo Abele, Torino, 1987.

Becker H. S., 1998, *I trucchi del mestiere*, il Mulino, Bologna, 2007.

Berger P.L., Berger B., 1995, *Sociologia. La dimensione sociale della vita quotidiana*, il Mulino, Bologna.

Bertolo C., 2009, *Trent'anni di 180. istituzioni e pratiche quotidiane tra diritti e contesti per la salute mentale nel Veneto*, in, Bertolo C., Carraro A., Rettore V., *Disagio psichico, servizi e comunità. Racconti e riflessioni da una ricerca empirica*, Rapporto di ricerca per la Fondazione San Servolo – IRSESC, Venezia.

- Blumer H., 1969, *Symbolic Interactionism: perspective and method*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Bonazzi G., 2001, *Le due zie, il tè in veranda e i talebani dell'etnografia*, in «Rassegna italiana di sociologia», a. XLII, n. 2, aprile-giugno, pp. 323-327
- Bourdieu P., 1979, *La distinzione. Critica sociale del gusto*, il Mulino, Bologna, 1983.
- Bruni A., 2003, *Lo studio etnografico delle organizzazioni*, Carocci, Roma.
- Bruni A., Gherardi S., 2007, *Studiare le pratiche lavorative*, il Mulino, Bologna.
- Brunod M., Olivetti Manoukian F., 1998, *Costruire servizi in psichiatria*, Angeli, Milano.
- Buber M., 1923, *Io e Tu*, in *Il principio dialogico e altri saggi*, San Paolo, Torino, 1993.
- Cacciari M., 1997, *L'arcipelago*, Adelphy, Milano.
- Camarlingi R., 2008, *Intervista a Peppe Dell'Acqua: la legge Basaglia 30 anni dopo*, «Fogli di informazione», n° 5-6 terza serie 01-06/2008, pp. 22-36.
- Capra F., 1982, *Il punto di svolta. Società, scienza e cultura emergente*, Feltrinelli, Milano, 1984.
- Cardano M., 1997, *La ricerca etnografica*, in L. Ricolfi (a cura di), *La ricerca qualitativa*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Cardano M., 2003, *Tecniche di ricerca qualitativa*, Carocci, Roma.
- Cardano M., 2007, *E poi cominciai a sentire le voci... Narrazioni del male mentale*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», XLVIII, 1, pp 9-56.
- Cardano M., 2009, *Ethnography and reflexivity. Notes on the construction of objectivity in ethnographic research*, Netpaper del Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università di Torino, <http://aperto.unito.it/handle/2318/622>.
- Cardano M., *Il Male mentale. Distruzione e ricostruzione del sé*, in Bonica L., Cardano M., *Punti di svolta. Analisi del mutamento biografico*, il Mulino, Bologna.
- Cardano M., Negri L., Sorrentino L., 2007, *Cittadini a metà. Le barriere d'accesso alla casa per i pazienti psichiatrici*, (consultabile all'indirizzo: www.casabordino.com/getfile.asp?tipo=prog&id=2).
- Carraro A., 2004, *“Com'è dentro?” I servizi psichiatrici a Padova: una ricerca etnografica sui rituali organizzativi*, tesi non pubblicata, Relatore Salvatore La Mendola.
- Carraro A., 2007, *Interagire con disagio e pratiche organizzative*, in La Mendola S., (a cura di), *Comunicare interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio*, Utet, Torino.

- Catino M., 2009, *Miopia organizzativa. Problemi di razionalità e previsione nelle organizzazioni*, il Mulino, Bologna.
- Caudill W., 1958, *The psychiatric hospital as a small society*, published for the Commonwealth Found by Harvard University Press, Cambridge Massachusetts.
- Cella G.P., 2006, *Tracciare confini. Realtà e metafore della distinzione*, il Mulino, Bologna.
- Coleman R., Smith M., 2006, *Lavorare con le voci*, Gruppo Abele, Torino.
- Collins R., 1988, *Teorie sociologiche*, il Mulino, Bologna, 1992.
- Coppo P., 1994, *Guaritori di follia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Corradi C., 2002, *Qualità e quantità nella ricerca sociologica*, in Cipriani R., (a cura di), *Compendio di sociologia*, Monolite, Roma.
- Crozier M., Friedberg E., 1977, *Attore sociale e sistema*, Etas, Milano, 1978.
- Czarniawska B., 1998, *Narrare le organizzazioni*, Comunità, Milano, 2000.
- Dal Lago A., 2001, *Prefazione* in Goffman E., *Asylums*, Einaudi, Torino.
- De Biasi V., Trento F., 2004, *Matti per il calcio*, Casini, Roma.
- De Fiore L., 2007, *Sirene tra logos e desiderio*, in Coccoli G., Ludovico A., Marrone C., (a cura di), *La mente, il corpo e i loro enigmi. Saggi di filosofia*, Stamen, Roma.
- De Leonardis O., 1990, *Il terzo escluso. Le istituzioni come vincoli e come risorse*, Feltrinelli, Milano.
- De Leonardis O., 1998, *In un diverso welfare*, Feltrinelli, Milano.
- De Leonardis O., Emmenegger T., 2005, *Le istituzioni della contraddizione*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», CXXIX, 3, pp. 13-38.
- De Leonardis, Mauri, D., Rotelli F., 1994, *L'impresa sociale*, Anabasi, Milano.
- De Martino E., 1959, *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano, 1996.
- Deegan P., 1996, *Recovery as a Journey of the Heart*, in «Psychiatric Rehabilitation Journal», 19(3), pp. 91-97.
- Dell'Acqua P., 2003, *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*. Editori Riuniti, Roma.
- Dell'Acqua P., 2010, *Incerti luoghi di ospitalità. Abitare la soglia*, in *Abitare la soglia. Architettura e psichiatria*, APPC, Trieste.
- Devereux G., 1970, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma, 2007.
- Doi T., 1971, *Anatomia della dipendenza*, Cortina, 1991.
- Douglas M., 1966, *Purezza e pericolo: un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*, il Mulino, Bologna, 1975.

- Durkheim E., 1912, *Le forme elementari della vita religiosa*, Comunità, Milano, 1971.
- Ehrenberg A., 1998, *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Einaudi, Torino, 1999.
- Elias N., 1939, *Il processo di civilizzazione*, il Mulino, Bologna, 1988.
- Elias N., Scotson J.L., 1965, *Gli integrati e gli outsiders*, in Tabboni S. (a cura di), *Vicinanza e lontananza. Modelli e figure dello straniero come categoria sociologica*, Angeli, Milano, 1993.
- Fasolo F., 2007, *Psichiatria senza rete. Trattarello comico redatto per aree tematiche su di una distopia dei nostri tempi*, Cleup, Padova.
- Ferrari M., 2010, *La frontiera interna. Welfare locale e politiche sociali*, Accademia Universa Press, Milano.
- Foucault M., 1971, *L'ordine del discorso*, in *Il discorso, la storia, la verità: interventi 1969-1984*, Einaudi, Torino, 2001.
- Foucault M., 1975, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1976.
- Fry W. F., 1963, *Una dolce follia. L'umorismo e i suoi paradossi*, Cortina, Milano, 2001.
- Gherardi S., 1985, *Sociologia delle organizzazioni*. il Mulino, Bologna.
- Gherardi S., 1990, *Le micro-decisioni organizzative*, il Mulino, Bologna.
- Giddens A., 1990, *Le conseguenze della modernità*. il Mulino, Bologna, 2002.
- Goffman E., 1959, *La vita quotidiana come rappresentazione*. il Mulino, Bologna, 1997.
- Goffman E., 1961, *Asylums*, Comunità, Torino, 2003.
- Goffman E., 1963, *Stigma*, Giuffrè, Milano, 1970.
- Goffman E., 1967, *Il rituale dell'interazione*. il Mulino, Bologna, 1988.
- Goffman E., 1971, *Relazioni in pubblico*, Cortina, Milano, 2008.
- Hacking I., 1998, *I viaggiatori folli*, Carocci, Roma, 2004.
- Herzlich C., 1969, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris - La Haye.
- Herzlich C., Adam Ph., 1994, *Sociologia della malattia e della medicina*, Angeli, Milano.

- Hickey G., Kipping C., 1998, *Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum*, in «Journal of Clinical Nursing», 7(19), pp. 83-88.
- Hickey G., Kipping C., 1998, *Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum*, «Journal of Clinical Nursing», 7(19), pp. 83-88.
- Hochschild A.R., 1983, *Per amore o per denaro*. il Mulino, Bologna, 2006.
- Hochschild A.R., 1990, *Ideologia e controllo delle emozioni: prospettive e indicazioni per la ricerca futura*, in Turnaturi G. (a cura di), *La sociologia delle emozioni*, Anabasi, Milano, 1995.
- hooks b., 1991, *Elogio del margine. Razza, sesso e mercato culturale*, Feltrinelli, Milano, 1998.
- Jaques E., 1951, *Autorità e partecipazione nell'azienda*, Angeli, Milano, 1975.
- Jaques E., 1970, *Lavoro creatività e giustizia sociale*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990.
- Jaques E., 1989, *L'organizzazione indispensabile. Guida pratica alla leadership e alla struttura creativa*, Guerini, Milano, 1991.
- Jedlowski P., 1994, *Il sapere dell'esperienza*, Il Saggiatore, Milano.
- Jedlowski P., Leccardi C., 2003, *Sociologia della vita quotidiana*, il Mulino, Bologna.
- Kunda G., 1991, *L'ingegneria della cultura*, Comunità, Torino, 2000.
- La Mendola S., 1999, *Il senso del rischio*, in Diamanti I. (a cura di) *Generazione invisibile*, Il Sole 24 Ore, Milano.
- La Mendola S., 2002, *Rischio o non rischio? Utilizzabilità del concetto e vita quotidiana in Italia*, in Rampazi M., a cura di, *L'incertezza quotidiana*, Guerini, Milano.
- La Mendola S., 2007, *Commiato. Inter-agendo: agendo tra, agendo con*, in La Mendola S. (a cura di), *Comunicare interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio*, Utet, Torino.
- La Mendola S., 2008, *Credere, obbedire, combattere*, in *Obbedienza «Servitium. Quaderni di ricerca spirituale»*.
- La Mendola S., 2009, *Centrato e aperto. Dare vita a interviste dialogiche*, Utet, Torino.
- Lefebvre H., 1974, *La produzione sociale dello spazio*, Moizzi, Milano, 1976.
- Lehman A.F. et al., 2004, *Treatment settings and housing options*, Supplement to the «American Journal of Psychiatry», 161(2), pp. 35-39.

- Losi N., 2000, *Vite altrove . Migrazione e disagio psichico*, Feltrinelli, Milano.
- Lupton D., 1999, *Il rischio. Percezione, simboli, culture*, il Mulino, Bologna, 2003.
- Magris C., 2001, *Utopia e disincanto*, Garzanti, Milano.
- Malinowski B., 1922, *Argonauti del Pacifico occidentale*, Newton Compton, Roma, 1973.
- Mangham I.L., Overington M.A., 1987, *Organizzazione come teatro*, Cortina, Milano, 1993.
- Marzano M., 2001, *L'etnografo allo specchio: racconti dal campo e forme di riflessività*, in «Rassegna italiana di sociologia», a. XLII, n. 2, aprile-giugno, pp. 257-282.
- Marzano M., 2006, *Etnografia e ricerca sociale*, Laterza, Bari-Roma.
- Matza D., 1969, *Come si diventa devianti*, Il Mulino, Bologna, 1976.
- Melucci A., 1987, *Libertà che cambia*, Unicopoli, Milano.
- Melucci A., 1994, *Passaggio d'epoca*, Feltrinelli, Milano.
- Melucci A., 1998, *Verso una sociologia riflessiva*, Il Mulino, Bologna.
- Merton R.K., 1972, *Incidersi e outsiders: un capitolo di sociologia della conoscenza*, in Tabboni S. (a cura di), *Vicinanza e lontananza. Modelli e figure dello straniero come categoria sociologica*, Angeli, Milano, 1993.
- Migliore A., 1999, *La famiglia del tossicodipendente* in Leone B., Migliore A., (a cura di) *La comunità dentro il carcere. Uno strumento operativo per le tossicodipendenze*, Angeli, Milano.
- Morin E., 1977, *Il metodo. Ordine disordine e organizzazione*, Feltrinelli, Milano, 1983.
- Morin E., 1990, *Introduzione al pensiero complesso*, Sperling & Kupfer, Milano, 1993.
- Nathan, T., 1993, *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Navarini G., 2001, *Etnografia dei confini: dilemma clinico e polisemia*, in «Rassegna italiana di sociologia», XLII, 2, aprile-giugno, pp. 283-307.
- Olivetti Manoukian F., 1988, *Stato dei servizi. Un'analisi psicosociologica dei servizi sociosanitari*, il Mulino, Bologna, 1992.
- Olivetti Manoukian F., 1998, *Produrre servizi: lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna.
- Panikkar R., 1998, *Tra Dio e il cosmo*, Laterza, Roma-Bari, 2006.

- Pasqualotto G., 1989, *Il Tao della filosofia: corrispondenze tra pensieri d'oriente e d'occidente*, Pratiche, Parma.
- Perrotta R., 2005, *Cornici, specchi e maschere. Interazionismo simbolico e comunicazione*, Cleub, Bologna.
- Pescosolido B. et al, 2007, *Mental health social mirror*, Springer, New York.
- Pinfold V. et al., 2005, *Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities*, in «International Journal of Social Psychiatry», 51, pp. 128-138.
- Putnam R.D., 2000, *Capitale sociale e individualismo. Crisi e rinascita della cultura civica in America*, il Mulino, Bologna, 2004.
- Raffestin C., 1986, *Punti di riferimento per una teoria della territorialità umana* in Copeta C. (a cura di), *Esistere e abitare. Prospettive umanistiche nella geografia francofona*, Angeli, Milano.
- Saraceno B., 1995, *La fine dell'intrattenimento*, Etas, Milano.
- Saraceno B., Tognoni G., 1989, *Methodological lessons from the Italian psychiatric experience*, in «International Journal of Social Psychiatric», 35(1), pp. 98-109.
- Sayad A., 1999, *La doppia assenza*, 2002.
- Scheff T., 1966, *Per infermità mentale. Una teoria sociale della follia*. Feltrinelli, Milano, 1974.
- Schein E., 1985, *Cultura d'azienda e leadership*, Guerini, Milano, 1990.
- Schön D. A., 1983, *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari, 1993.
- Schutz A., 1971, *Saggi sociologici*. UTET, Torino, 1979.
- Schwartz H., Jakobs J., 1979, *Sociologia qualitativa: un metodo nella follia*, il Mulino, Bologna, 1987.
- Sclavi M., 2000, *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Bruno Mondadori, Milano, 2003.
- Sennet R., 2003, *Il rispetto. La dignità umana in un mondo di diseguali*, il Mulino, Bologna, 2004.
- Simmel G., 1901, *Sull'intimità*. Armando, Roma, 1998.
- Simmel G., 1908, *Sociologia*, Comunità, Milano, 1998.
- Simmel G., 1911, *La socievolezza*. Armando, Roma, 1997.
- Sterchele D., 2007, *Dare forma all'energia*, in La Mendola S., (a cura di), *Comunicare interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio*, Utet, Torino.

- Sterchele D., 2007a, *Potere*, in La Mendola S., (a cura di), *Comunicare interagendo. I rituali della vita quotidiana: un compendio*, Utet, Torino.
- Strati A., 1996, *Sociologia dell'organizzazione: paradigmi teorici e metodi di ricerca*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Strati A., 2004, *L'analisi organizzativa. Paradigmi e metodi*, Carocci, Roma.
- Strauss A., 1959, *Mirrors and masks*, Robertson, London, 1977.
- Thornicroft G., Tansella M., 1999, *The mental health matrix. A manual to improve services*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Turnaturi G., 1995, (a cura di) *Sociologia delle emozioni*, Anabasi, Milano.
- Turner V., 1982, *Dal rito al teatro*, Il Mulino, Bologna, 1986.
- Varchetta G., 2007, *L'ambiguità organizzativa*, Guerini, Milano.
- Weber M., 1922, *Economia e società*, Comunità, Milano, 1999.
- Weick K., 1977, *Processi di attivazione nelle organizzazioni*, in Zan S. (a cura di), *Logiche di azione organizzativa*, il Mulino, Bologna, 1988.
- Weick K., 1995, *Senso e significato nell'organizzazione*, Cortina, Milano, 1997.
- Zanini P., 1997, *Significati del confine. I limiti naturali, storici, mentali*. Bruno Mondadori, Milano.
- Zerubavel 1991, *The fine line. Making distinctions in everyday life*, The University of Chicago Press, Chicago, 1993.
- Zerubavel E., 1997, *Social mindscape. A invitation to cognitive sociology*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1999.
- Zerubavel, 1981, *Ritmi nascosti. Orari e calendari nella vita sociale*, il Mulino, Bologna 1985.

Appendice

1. Traccia di intervista per i testimoni privilegiati
2. Traccia di intervista per utenti ed esterni
3. Elenco delle interviste

Traccia di intervista per i testimoni privilegiati: Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale

PREMESSA

In questa intervista le chiedo di raccontarmi la sua esperienza con il disagio psichico. In questo senso vorrei che ripercorresse alcune tappe del suo cammino: persone, eventi, attività quotidiane, incontri...

[ciò che mi interessa è la vita quotidiana, il lavoro e il non lavoro dei Direttori nei luoghi e con le persone]

DOMANDA CORNICE

Mi racconta come è arrivato a interessarsi del/del suo primo incontro con il disagio psichico?

Attenzione a

- come
- le persone che ha incontrato
- lui in situazione. E gli altri?

AREE da toccare durante l'intervista

1. IL DISAGIO PSICHICO

[intendo esplorare il rapporto tra l'intervistato e il disagio: avere a che fare con il disagio psichico significa incontrarlo ma anche viverlo sulla propria pelle. Le persone che intervisto con il disagio ci lavorano... ma qual'è il loro rapporto diretto, personale con esso? L'idea è di capire quale dimensione del disagio utilizzino per interagire con esso e con le persone che lo manifestano, oltre le rappresentazioni per cogliere i sentimenti impliciti.]

a) Mi racconta di un momento in cui si è sentito in difficoltà rispetto al disagio psichico? [in caso di difficoltà nell'immaginare una risposta: ad esempio alcuni mi hanno raccontato di esperienze con utenti, altri di difficoltà complessive...]

e poi...?

Attenzione a

- come si è evoluta la situazione
- a operatori/utenti/utenti immigrati/familiari ...

b) Le ho chiesto di un momento di difficoltà. Al contrario mi racconta di un momento o una situazione opposta...?

[in caso di difficoltà: ad esempio alcuni mi hanno raccontato di momenti in cui il loro rapporto con il disagio è stato più sereno..]

c) Mi racconta in particolare di una relazione che ha con una persona con disagio psichico?

Attenzione a

- come è iniziata
- rilanciare sui termini che utilizza per esprimere le sue emozioni [ad esempio: prima ha detto di essersi sentito inadeguato... in che senso...]
- gli altri: operatori/utenti/utenti immigrati/familiari ...

2. I SERVIZI

[con quest'area intendo esplorare il rapporto tra il direttore e i servizi. Mi interessa capire come il direttore sta nel servizio in termini di interazioni con operatori e utenti: l'attenzione, il tempo, la modalità che utilizza nella relazione e dicono del significato che essa ha per lui]

a) mi racconta della sua giornata di ieri al lavoro?

Mi interessa in particolare che mi parli delle persone che ha incontrato...

Attenzione a

- possibili rilanci: quando dice "non è successo niente"... in che senso... sviscerare i "come" del suo essere al lavoro.
- episodi accaduti dove, come, alla presenza di chi. E lui in quell'episodio, e l'utente/operatore...
- contatti con altri Servizi ulss e extra ulss

b) Un episodio di particolare tensione e uno di grande soddisfazione... in cosa sono simili e in cosa diversi?

E con gli utenti/un utente?(immigrato)/e con gli operatori/un operatore/un familiare?

c) Cosa le piace e cosa cambierebbe del dipartimento in cui lavora?

E rispetto al suo lavoro?

Attenzione a

- aspetti relazionali con operatori / utenti / utenti immigrati / associazioni / familiari...
- difficoltà organizzative

3. L'ASSOCIAZIONISMO

[mi interessa esplorare la connessione tra i servizi e le associazioni in termini di contatti personali, iniziative organizzate, collaborazione nella cura degli utenti. Quali modalità di collaborazione ha sperimentato, quale grado di apertura verso l'esterno è stato possibile sperimentare a partire dall'incontro con le associazioni?]

a) Mi racconta un episodio di tensione con un'associazione e un episodio invece di piena collaborazione?

E lei? / E gli altri?

- se parla di altre occasioni: ...e in riferimento al percorso di cura di un utente? ...un'occasione di tensione e difficoltà nel condividere quel percorso e un'occasione invece di sostegno reciproco nella cura?

Attenzione a

- il tipo di associazione
- il suo ruolo nella collaborazione/esclusione
- i familiari ...

4. LA COMUNITÀ

[con queste domande vorremmo capire l'importanza che il direttore imputa alle relazioni degli utenti con il "mondo fuori": pensa che sia meglio proteggere gli utenti dall'esterno e l'esterno dai matti o crede invece nell'importanza dei contatti e soprattutto delle relazioni instaurate con l'esterno?]

a) mi racconta un episodio che conosce personalmente in cui una persona con disagio psichico ha stretto una relazione con una persona e lei ne è stato sorpreso? E un altro invece in cui si aspettava che la relazione si instaurasse?

Attenzione a

- gli altri: operatori/utenti/utenti immigrati/familiari ...
- dove, come...

b) Mi racconta di un'iniziativa aperta alla cittadinanza che ha avuto poco riscontro e una invece che ha attirato molte persone?

c) A partire dalla sua esperienza... mi parla di un vantaggio e di uno svantaggio legati all'apertura della realtà psichiatrica all'esterno?

CONCLUSIONE

In conclusione... a 30 anni dalla legge 180 si discute di una nuova riforma... se fosse chiamato a dare delle indicazioni ai riformatori... due aspetti che ritiene importanti...

Grazie!

NOTE ETNOGRAFICHE SULL'INTERVISTA (contatti precedenti, setting, interazione...)

Traccia di intervista per utenti ed esterni

PREMESSA

In questa intervista ti chiedo di raccontarmi la tua esperienza nel gruppo (l'esperienza concreta per cui l'ho contattato). In particolare vorrei mi aiutassi a comprendere il tuo percorso in questa esperienza... come ci sei arrivato, le tue relazioni con gli altri partecipanti...

DOMANDA CORNICE

Per cominciare... mi racconti della tua esperienza di quel corso di teatro/ceramica/squadra di pallavolo/... iniziando da come è nata l'idea di partecipare...

Attenzione a

- Come, quando (da quanto), da chi ha saputo dell'iniziativa
- La preparazione (da parte di chi?)

Mi racconti della prima volta in cui sei andato al gruppo/corso...

Attenzione a

- lui in situazione. E gli altri?
- È andato da solo o in compagnia?

E poi... com'è andata?

Mi racconti dell'atmosfera che c'era...

Mi parli di una volta in cui hai raccontato a qualcuno che stavi iniziando questo corso...

Mi racconti del luogo in cui si svolge il gruppo/corso...

Qualcosa che ti piace e qualcosa che invece non ti piace...

Mi racconti di chi c'è/c'era con te al gruppo/corso...

Tra i presenti ci sono/c'erano anche degli operatori, mi racconti...

Mi racconti di una volta in cui li hai incontrati in un'altra occasione...non al gruppo/corso...

Mi racconti di qualcosa che non ti aspettavi, che ti ha sorpreso di questa esperienza?

Mi racconti di un momento in cui ti sei sentito in difficoltà durante quell'esperienza e di un momento invece in cui ti sei sentito a tuo agio...

Mi racconti di chi c'era con te in quei momenti...

Mi racconti degli aspetti piacevoli e di quelli meno piacevoli di questa esperienza?

E prima di questa esperienza...

mi racconti aspetti simili e differenti rispetto ad altre esperienze che hai fatto...

In conclusione... se una persona che conosci ti chiedesse un consiglio se partecipare ad una esperienza simile ... cosa le diresti?

Rilanci e attenzione:

- Aspetti positivi e aspetti negativi

In questo momento ti piacerebbe fare un'altra esperienza ?

Rilanci e attenzione:

- Cos'ha fatto
- A chi ne ha parlato

Grazie!

Elenco interviste

Interviste testimoni privilegiati

Provincia di cittàA

Primario cittàA

Direttore cittàG

Provincia cittàB

Direttore cittàB

Direttore cittàY

Provincia cittàX

Direttore cittàX

Direttore cittàC

Provincia cittàM

Direttore cittàM

Direttore cittàN

Provincia cittàJ

Direttore cittàJ

Direttore cittàW

Provincia cittàL

Direttore cittàL

Provincia cittàK

Primario cittàK

Direttore cittàP

Interviste operatori

cittàX

Dottor Giallo – psicologo, responsabile CD

Ester – assistente sociale, CSM

Carmen – coordinatrice CD

Lucio – infermiere CD

Sara – psicologa, responsabile CD

Consuelo – infermiera, coordinatrice CSM

Marisa - infermiera coordinatrice CSM

Dottor Rossi - psichiatra responsabile CSM

cittàW

Dottor Riccardo Blu – psichiatra, responsabile riabilitazione

cittàJ

Claudia – psicologa volontaria CSM

Laura – educatrice e coordinatrice CD

Dottor Verde – psicologo CSM

Angela – educatrice CD

Daniela – operatrice di strada

Rossella – psicologa servizio per adolescenti “A metà strada”

Stefania – psicologa servizio per adolescenti “A metà strada”

cittàY

Irene – operatrice socio sanitaria CD

Dottorressa Viola – psicologa, responsabile CD

Dottor Marrone – psichiatra, responsabile CSM

Ines – psicologa, responsabile CD

Interviste utenti

cittàX

Letizia – utente gruppo a.m.a.

Franco – utente gruppo a.m.a.

Lisa - utente gruppo a.m.a.

Ada - utente gruppo a.m.a.

Claudio – utente CD

Paola – utente CD

Guglielmo – utente CD

Annachiara – utente CD

Francesca – utente CD

Mario – utente CD

cittàW

Damiano – utente CD

Giordano – utente CD

Giacomo – utente CD

Filippo – utente CD

cittàJ

Sabino – utente CD

cittàY

Agata – utente CD

Paride - utente CD

Sergio - utente CD

Renato - utente CD

Andrea - utente CD

Interviste esterni

cittàX

Chiara – gruppo teatrale cittàX

cittàY

Rossana – gruppo attività motoria cittàY

CittàW

Vanessa – squadra pallavolo mista cittàW

Giorgia – squadra pallavolo mista cittàW