

La formazione e la tela di Penelope: verticalità ed orizzontalità nei servizi di salute mentale

Giuseppe Saraò

Abstract

In un servizio di comunità assume grande valore il significato del contesto di appartenenza del paziente e le dinamiche del gruppo di lavoro. Il gruppo di lavoro degli operatori si caratterizza per il continuo scambio tra l'asse della orizzontalità e quello della verticalità: in tale scenario il valore della colleganza è una risorsa ma anche fonte di possibili sofferenze. La vita emotiva dell'équipe diventa fondamentale per la costruzione di una comunità che cura.

La tela di Penelope rimanda alla necessità di un continuo lavoro di tessitura delle relazioni tra gli operatori attraverso un'attenta formazione che faccia dialogare la funzione orizzontale (colleganza degli operatori) con la funzione verticale-istituzionale di coordinamento. Se questo dialogo è carente il gruppo di lavoro tende a scindersi, allontanandosi dal compito di favorire i processi di soggettivazione dei pazienti e del relativo contesto. In tale scenario si amplificano i fenomeni di cronicità e si accentua la tendenza alla medicalizzazione dei sintomi con la prevalenza di una cultura della cura in cui domina il riduzionismo biologico.

Parole chiave:

Servizio di comunità, Gruppo di lavoro, Contesto del paziente, Formazione degli operatori, Salute mentale e rete dei servizi, Setting multipli e allargati

Bisogna ritornare all'appassionante opera di costruzione dei servizi territoriali di cui la mia generazione di psichiatra ha partecipato negli anni '80 e '90. Una scommessa che ha cercato di tenere insieme la psichiatria sociale post manicomiale con la ricerca di una dimensione psicologica nella sofferenza mentale grave.

Oggi si direbbe un'attenzione alla soggettività dei pazienti e ai processi di soggettivazione. Molti operatori in questa ricerca si sono confrontati con l'esperienza analitica sulla propria persona, una generazione che si doveva costruire degli strumenti in progress e che cercava di non appiattirsi al conformismo istituzionale che spesso si appoggiava alle rassicuranti conferme del neo kraepelinismo di derivazione nord americana.

I farmaci erano importanti, fondamentali, ma come si declinava la relazione terapeutica lunga e spesso faticosa, senza scadere in riduzionismi vuoti e violenti che oscuravano la persona del paziente? E ancora, una volta costruiti i servizi territoriali, tra tante difficoltà, come si poteva lavorare con i molti operatori non medici che rappresentavano la spina dorsale del servizio? Professionalità che nel tempo si sono imposte aumentando lo spessore del lavoro istituzionale, apportando punti di vista diversi, ma soprattutto spontaneità e genuinità. Quale formazione per una platea vasta e molto diversificata, come coinvolgere gli operatori, come gruppo di lavoro, rispettando le loro formazioni ma nel contempo valorizzando i dati della propria soggettività?

Se la salute mentale cura attraverso la costruzione di un'affidabile relazione terapeutica (individuale e allargata), come integrare le competenze professionali con la persona dell'operatore e, infine, come tutto questo può realizzarsi in un gioco di squadra, un lavoro di comunità con interventi complessi, senza perdere di vista il progetto terapeutico con il paziente?

In questa direzione il tema della qualità dell'intervento multiprofessionale non può che rimanere centrale, con la consapevolezza che le pratiche totalizzanti riaffiorano spesso e come tale ci interrogano sulla violenza dell'istituzione, soprattutto ogni qual volta la soggettività del paziente tende a rimanere marginale (Burti, 2017).

Sull'istituzione psicoanalitica

Ma prima di soffermarci sulla formazione, qualche pensiero sull'istituzione psicoanalitica.

Come psicoanalisti facciamo parte di una lunga e gloriosa storia piena di grandi competenze teoriche e cliniche che si sono sviluppate sulla relazione terapeutica con variegati modelli che nel tempo si sono avvicendati; una continua ricerca, una passione al servizio della cura e della ricerca che si è aperta sempre di più ai contesti sociali, senza avere più la preoccupazione di perdere e frammentare il nocciolo della sua scienza. Infatti, negli ultimi anni, c'è stato un interesse crescente verso i gruppi, le coppie, le famiglie, in poche parole verso setting diversi rispetto a quello classico duale; non c'è più sospetto che tutto questo possa inquinare la purezza analitica, anzi queste ricerche sul confine hanno portato linfa vitale, hanno rinvigorito la falda psicoanalitica, creando una polifonia e favorendo la nascita di nuovi modelli di funzionamento mentale. In questa direzione basta pensare agli sviluppi con le neuroscienze o alla ricerca di nuovi modelli teorici, come il prevalere del filone della psicoanalisi relazionale, o le proposte di Kaes (2007, 2010,) sui processi di soggettivazione e la conseguente proposta di una "terza topica" che possa contenere i fenomeni gruppali e contestuali. Si può affermare che l'intrapsichico ha bisogno di un rapporto con la dimensione interpersonale dell'incontro e questo apre un grande confronto con la salute mentale di comunità su basi più paritarie che fa diventare laboratorio di ricerca i servizi e nello stesso tempo permette di immettere aria nuova nel campo psicoanalitico.

Quindi ci troviamo sempre di più, non solo a portare le nostre competenze sulla relazione terapeutica personalizzata, a studiare e riflettere sul ruolo chiave della relazione terapeutica allargata (pensiamo ai gruppi, alle famiglie, alla dimensione della genitorialità...) che è necessaria quando si affrontano casi clinici complessi in cui il terapeuta non può rimanere da solo. Tutto questo significa utilizzare linguaggi, ma anche modelli, che tengano conto della complessità dell'istituzione, evitando di ricorrere a modalità da "multinazionale dell'individuo" (Kaes, 2010).

Sul lavoro istituzionale

Ma ritorniamo ai servizi di salute mentale di oggi con la consapevolezza che i sintomi e la grave psicopatologia ci pongono continuamente di fronte ad alcuni problemi che meritano un'attenta riflessione.

Pensiamo al valore dei setting multipli e allargati che si sviluppano durante il percorso terapeutico di un paziente (spdc, comunità, domicilio, centro di salute mentale...). Tutto questo comporta lavorare in connessione e costringe gli operatori che si occupano del caso ad interrogarsi su quale faticosa integrazione funzionale bisogna costruire nel tempo. Inoltre, per evitare interventi caotici e confusivi (per il paziente e il suo contesto) va spesso definito e valorizzato la presenza di un terapeuta di riferimento che, come persona attraverso la sua presenza, caratterizza lo stile del lavoro terapeutico. Ci troviamo nella necessità di personalizzare l'incontro tra la richiesta (il disagio mentale dell'individuo e del suo contesto) e il servizio inteso come un sistema di cure predisposto ad accogliere e ridefinire una domanda di aiuto spesso difficile da decodificare.

Lavorare in un servizio di comunità significa, per gli operatori, confrontarsi continuamente con il tema del contesto in cui si esprime la sofferenza mentale. Sappiamo come psicoanalisti che molto dello psichico individuale, soprattutto nei casi difficili, si esplicita nel contesto familiare e nello spazio relazionale con gli altri; pensiamo a tutti i meccanismi proiettivi e di dislocamento nella realtà a cui il soggetto ricorre per lenire il proprio dolore mentale (Nicolò, 2000). Ne consegue l'opportunità di un ascolto ed un'osservazione attenta di tutto quello che bussa e cerca di entrare nella stanza

dell'incontro terapeutico, della necessità di valorizzare tutti fenomeni che chiedono udienza che spesso si presentano come disturbi e che invece quasi sempre portano informazioni importanti anche sulla psicopatologia dell'individuo. Gli operatori sono spesso sollecitati ad interrogare l'ambiente, a considerare il peso e lo spessore della realtà in cui il soggetto in difficoltà vive e da cui proviene.

In tutta questa complessità vanno considerate, e non sono per niente marginali, le dinamiche del gruppo di lavoro e dell'istituzione sanitaria. Il sistema di cure ha una storia, uno sviluppo, delle vicissitudini che richiedono una pensabilità per potere essere valorizzate, perché rappresentano uno strumento di lavoro indispensabile (pensiamo solo alla storia della leadership in quel servizio, a come si è costituito nel tempo la cultura del servizio, su quali modelli teorici prevalenti funzionano gli operatori). Per l'operatore il rischio, sempre in agguato, è che tale dimensione rimanga troppo sullo sfondo e venga considerata come un fastidioso rumore di fondo che disturba la scena dell'intervento terapeutico, dimenticandosi di appartenere ad un sistema e quindi di esserne un naturale portavoce.

Da un lato è fondamentale considerare il versante soggettivo di un evento, ma al tempo stesso, occorre pensare al corrispettivo gruppal e collettivo dell'evento stesso; tutto questo tutelando sempre e comunque la specificità della relazione con il paziente. In definitiva bisogna considerare che nello stesso tempo tanta parte della realtà psichica del paziente è situata in aree diverse da quelle dell'incontro terapeutico.

Un servizio di comunità si caratterizza per un continuo scambio tra l'asse dell'orizzontalità e quello della verticalità. La dimensione orizzontale si sviluppa spontaneamente tra colleghi che condividono il compito del gruppo di lavoro, siamo cioè dentro il paradigma gruppal dei fratelli che si azzuffano ma che anche si aiutano e cooperano rispetto alle difficoltà del lavoro. È una dimensione di grande valore che può rendere piacevole o molto problematico il clima del gruppo di lavoro, può essere supportivo rispetto alla fatica di essere operatori, oppure fonte di ulteriore sovraccarico emotivo. È la dimensione della colleganza, che al di là del ruolo, può rappresentare un fattore di protezione di grande rilevanza. Molti operatori entrano in burn-out quando il clima del gruppo di lavoro diventa insopportabile, non si sentono aiutati, anzi spesso si percepiscono attaccati e svalutati come persone.

In tali scenari complessi decisivo è la tenuta di chi ha la responsabilità del "noi", di chi si fa garante del meta-setting istituzionale facilitando il gruppo di lavoro a conservare un assetto di aderenza al compito terapeutico. È la dimensione verticale che costituisce la spina dorsale del sistema di cura e che rappresenta una funzione genitoriale che garantisce e in alcuni casi supplisce quando la funzione orizzontale entra in crisi. Solo così si può mantenere un buon clima di lavoro che permetta ai pazienti ed alle loro famiglie di poter esprimere le proprie tematiche di sofferenza.

Molti autori sostengono che la psicoanalisi rimane un modello teorico fondamentale per i servizi territoriali e che essere psicoanalista ci pone in una situazione di vantaggio nel lavoro istituzionale. Inoltre bisogna riconoscere che in un'istituzione pubblica le variabili attive verso il setting sono estremamente più potenti di quanto uno psicoanalista possa fare nel proprio studio privato. Un pensare psicoanalitico aperto e laico può aiutare gli operatori a guardare oltre, a vedere i sintomi come qualcosa da interrogare, una dimensione conoscitiva, che dà valore e spessore al lavoro istituzionale.

La modellistica psicoanalitica rimane uno strumento privilegiato all'interno della salute mentale di comunità, per leggere come la cornice istituzionale determina la qualità delle relazioni e dei percorsi terapeutici che si sviluppano tra pazienti, terapeuti e contesto istituzionale.

La salute mentale è una realtà complessa ma è anche fonte di grande potenzialità:

1) permette di avere a disposizione vari setting cui il paziente e la sua famiglia possono accedere; setting definiti (gruppi terapeutici, colloqui psicoterapici, attività riabilitative strutturate) che costituiscono modalità operative per affrontare casi difficili;

2) fornisce setting multipli (ambulatorio, ricovero, strutture intermedie diurne riabilitative e strutture residenziali come le comunità terapeutiche...);

3) mette a disposizione setting allargati (più operatori con vari livelli di potere professionali nei vari presidi con cui il paziente viene a contatto);

Inoltre va posta grande attenzione a come si definiscono i vari setting, come si articolano, a come il paziente transita da un luogo all'altro del servizio e ancora che cosa deposita e lascia nei vari presidi (ambulatorio-ricovero-struttura intermedia.) e con quali operatori entra naturalmente in sintonia o in contrasto.

Fondamentale pensare al servizio come uno scenario teatrale (Petrella, 1985; Saraò- Tessari, 2018) in cui gli operatori assumono, spesso inconsapevolmente, delle parti da recitare. Un meta-setting (Liberman, 1970-72), dove la mente estroflessa del paziente e della sua famiglia può trovare una qualche depositazione, in attesa che se ne possa ricavare una traccia di riconoscibilità storica.

I servizi di salute mentale oggi

A questo punto ci dobbiamo chiedere cosa è cambiato nel corso dei decenni rispetto al mito di fondazione della salute mentale di comunità (Riefolo, 2001, Boccara, 2020), quali nuovi scenari si presentano, quali problematiche affrontare senza cadere nella retorica del passato?

In maniera schematica e riassuntiva si può dire che nel tempo il gruppo multiprofessionale si è frammentato; negli anni 90 e soprattutto dall'inizio del 2000 si è evidenziato un crescente svuotamento. La dimensione orizzontale del gruppo continua a dare dei buoni risultati, ma è venuta meno la funzione verticale, la capacità di coordinamento che è fondamentale per una buona manutenzione di un organismo complesso e variegato. Sono aumentate nel tempo le spinte centrifughe, con operatori che richiedevano una loro professionalità ma anche margini di potere con la richiesta di autonomia che spesso contrastava pesantemente con l'orizzontalità della dimensione gruppale, attaccando una funzione importante del gruppo di lavoro.

Questi fenomeni sono anche espressione di una questione centrale che riguarda l'organizzazione del sistema sanitario negli ultimi 30 anni: l'imponente aziendalizzazione della sanità. All'inizio degli anni 90 questa direzione ha portato anche dei miglioramenti di funzionamento aiutando a mettere in discussione delle incrostazioni di inefficienza, delle ridondanze, ma ben presto ha generato un sistema di cura in cui dal paradigma della cura-custodia siamo transitati al mandato della cura-risparmio: tagli sul personale, sul turnover, riagggregazione continua di USL, di servizi, restrizioni finanziarie crescenti per la formazione, nessuna selezione del personale della salute mentale. Soprattutto svuotamento della linea professionale medica-psicologica con azzeramento della funzione tecnica ed un costante appiattimento sulla linea politica amministrativa, con la conseguente scomparsa dell'autonomia dell'apicale del servizio che garantiva responsabilità e formazione.

D'altra parte negli ultimi decenni nelle nostre società occidentali si è consolidato un esasperato culto individualistico; bisogna misurare ogni prestazione ed anche in sanità sono gli standard di efficienza che valutano ogni intervento; i medici-psicologi sono diventati dirigenti con l'obbligo di dimostrare la loro competenza, sono state ipertrofizzate le procedure aziendali con la finalità del risparmio, un risparmio indiscriminato e acefalo. Inesorabilmente si è affermata una pratica medica che con la pretesa di una forte innovazione tecnologica ha procurato un crescente allontanamento dallo spirito della vecchia riforma sanitaria (833/78).

La cultura psicologica ci dice che la leadership è decisiva per il mantenimento del gruppo di lavoro orientato al compito di curare pazienti difficili; sappiamo che non basta una generica organizzazione per tenere insieme un gruppo composito, anzi spesso l'eccesso di organizzazione (ripetute e sterili riunioni) sono il sintomo di un malessere istituzionale che va curato dando spazio alla diversità ed alla creatività dei singoli. Inoltre in questa direzione è notorio che la leadership debba astenersi da atteggiamenti carismatici ma che deve continuamente vigilare sul clima e garantire un sufficiente sentimento di giustizia fondata sull'eguaglianza ma anche sui meriti dei singoli.

Nell'ultimo anno, con l'esplosione della pandemia, si sono accentuati i fenomeni centrifughi all'interno dei gruppi di lavoro, è difficile riunirsi, le attività gruppali con i pazienti e con i familiari spesso sospese e rimandate. Molte attività sono in crisi, prevale una percezione di allarme, ogni incontro può diventare pericoloso, la prossimità anche del collega costituisce un problema. Non sono mancate anche movimenti di grande solidarietà, soprattutto è aumentata la percezione del valore

dell'istituzione come garante di cui non possiamo fare a meno, un fattore che può favorire od ostacolare ma che è diventato interlocutore fondamentale. La prospettiva di un rafforzamento della sanità pubblica, sotto l'incalzare della pandemia, è diventato un obiettivo che riceve sempre più consensi, ci si è resi conto del valore dell'istituzione sanitaria come garante di un intervento che tutela tutta la popolazione e non riguarda solo le classi meno agiate. Soprattutto è stato messo in crisi il concetto che ogni individuo-cittadino possa provvedere da solo rispetto ai bisogni di sanità pubblica e questo confligge fortemente con la cultura individualistica che ha dominato il mondo occidentale negli ultimi decenni.

Tra le pieghe: sognare-pensare la dura realtà

Un operatore del servizio, qualche tempo fa durante la pausa caffè, racconta quasi di nascosto, mentre si sovrappongono voci e presenze silenziose, odore del caffè e trambusto della prima mattinata, una scena di un sogno complesso di cui si ricorda solo una traccia; lo racconta al responsabile mentre altri ascoltano, tra una battuta e l'altra: "sa dottore incredibile ora sogno anche il servizio, c'è da preoccuparsi"... (quasi si vergogna, non sa se può mostrare una sua intimità, qualcosa che ha prodotto nel sonno, nella sua casa); è turbato ma vuole parlarne e non sa come fare, si domanda se anche questo fa parte del lavoro comune.

"Incontrando Giovanni (un paziente grave che da tempo ci fa penare) per strada, mi portava al servizio e mi faceva vedere le stanze del CSM, poi incontravamo lei e altri colleghi ma tutto era poco chiaro. Ero angosciato, Giovanni era cresciuto, era capace e non confuso e irritante come spesso è, ero io che mi sentivo fuori posto, lo riconoscevo ma era anche estraneo, era un luogo poco rassicurante, mi faceva paura. Volevo andar via non mi sentivo per nulla protetto; mi aggiro nelle stanze del CSM, rimango solo, Giovanni non lo ritrovo. Non riesco a starci, scappo via, mi sveglio angosciato". Il sogno viene commentato con qualche battuta, sul fatto che c'è uno scambio delle parti tra pazienti e operatori. Finisce lì, ognuno torna al lavoro programmato di ogni mattina.

Apparentemente si parla di Giovanni e del desiderio che ci faccia soffrire meno (una guarigione miracolosa, diremmo con la vecchia psichiatria: una guarigione sociale). Ma sotto non c'è solo la persona dell'operatore, i suoi sentimenti di inadeguatezza, il desiderio di curare e la relativa impotenza. C'è soprattutto e questo mi interessa sviluppare, un tentativo onirico di elaborare emozioni indigeste difficili da sopportare nonostante le riunioni e gli approfondimenti via via sul caso clinico.

L'operatore comunica il sogno in un importante contesto interstiziale (la pausa caffè dell'inizio mattina) ha voglia perché l'ha molto turbato, in un momento in cui si sente più libero di parlarne. Siamo nella pausa dove anche i ruoli sono messi parzialmente tra parentesi, c'è più confidenzialità e quindi più libertà e reciprocità. Anche io sono meno "responsabile", siamo più esseri umani con i nostri vizi e le nostre virtù, prevale l'informalità e l'orizzontalità.

In fondo si potrebbe rappresentare la scena come un tentativo di riprendere (da parte dell'operatore) un contatto con la realtà del servizio (lo sfondo degli altri colleghi ma soprattutto con la sensorialità del responsabile, con il sottofondo olfattivo del caffè, con le voci che si sovrappongono), come a sincerarsi che davvero è stato un incubo e che invece la realtà è un'altra e soprattutto è più rassicurante rispetto al vissuto di estraneità del sogno. Già l'angoscia di de-realizzazione nel sogno, lo spaesamento: il servizio non più come luogo ospitale per l'operatore, il responsabile che non protegge. Tutto diventa angosciante tanto che c'è un'inversione delle parti tra paziente grave e operatore e poi lo stesso che si trasforma in un paziente da acchiappare.

Mi soffermo su questo sogno perché è importante sviluppare l'aspetto di portavoce dall'operatore, portavoce di un malessere che è anche del servizio. Infatti tale sogno si situa in un contesto di grandi turbolenze istituzionali; anche per me era difficile andare al servizio la mattina, il lavoro non era più investimento etico-professionale, veniva sentito da tempo come una fatica, una sfida, un pensare a come difendere il servizio, a come fronteggiare la realtà dell'istituzione sentita come ostile.

In fondo l'operatore raschiava il fondo del barile, ricorreva alla presenza del paziente; comunque sia aveva bisogno di un fattore protettivo che dislocava sul nostro paziente Giovanni. Segnalava che davvero c'era una sofferenza nel gruppo di lavoro, emergeva una vulnerabilità istituzionale, un passaggio difficile della dimensione verticale. Tale scontro riguardava tutti e il paziente diventava la protezione; io stesso dicevo, lamentandomi nelle pieghe del servizio: "meno male che ci sono i pazienti, cerco di sentirmi utile, mi aiutano a venire al lavoro".

Il sogno quindi come tentativo di elaborare emozioni pesanti e non facilmente condivisibili, come un tentativo di trasformare un'angoscia gruppale, in un meta-setting istituzionale che non tiene e che rischia di confondere i personaggi-operatori con i personaggi-pazienti che condividono il CSM.

La tela di Penelope

Perini (2007) afferma che quando si parla d'impresa e di gruppo di lavoro centrato sul compito (come sono i nostri servizi) bisogna pensare alla cultura di un'organizzazione come ad una architettura a 3 livelli.

- 1) quella visibile degli "artefatti" (strutture e processi organizzativi evidenti)
- 2) quello intermedio dei "valori dichiarati" (strategie, obiettivi, filosofie)
- 3) quello profondo e nascosto, dove si includono le convinzioni e le percezioni inconsce, i sentimenti le fantasie dei membri del gruppo.

La cultura organizzativa è costituita da un complesso di modelli, procedure che ne rappresentano la struttura emersa; ma la vera fonte di valori, dei significati e delle motivazioni che la sorreggono risiede piuttosto in quella parte sommersa abitata da tutto ciò che è implicito e scontato, non detto, semplicemente inconscio, ovvero da miti, credenze e valori tacitamente condivisi, pregiudizi, fantasie e sentimenti dalle ansie e dalle relative difese.

Possiamo immaginare che esistano 2 organizzazioni, una visibile e una nascosta: quella visibile è razionale, coerente, orientata al compito; l'organizzazione nascosta è irrazionale ed orientata al soddisfacimento dei bisogni emotivi.

La sanità ad esempio che persegue, ad un livello esplicito, la promozione della salute ad un livello più profondo si fa carico di paure che affliggono tutti gli individui, come quella di morire, di provare dolore, di invecchiare e decadere nel corpo e nella mente, di perdere forza e autonomia.

La funzione della leadership svolge nei confronti dell'organizzazione una funzione quasi sovrapponibile a quella esercitata dall'io nella vita mentale dell'individuo. Accanto alle componenti razionali e visibili della leadership si coagulano una grande quantità di elementi irrazionali, emotivi e nascosti sotto la soglia della coscienza collettiva o dietro la facciata della struttura organizzativa (affetti primitivi, sessualizzazione e rapporti con il potere).

Ma come tenere in considerazione questi molteplici vertici? Un dilemma che costituisce una sfida per il pensiero psicoanalitico e soprattutto per la prassi istituzionale. Come uscire da una sorta di immobilismo che rimanda continuamente alla pressione dell'emergenza, alle richieste massive d'intervento? E ancora come riproporre una sfida continua sulla manutenzione del gruppo di lavoro, quali strumenti utilizzare in carenza di risorse, come rispondere a richieste che arrivano dagli operatori che sono impegnati nella prassi clinica e che magari non hanno canali di formazione privilegiata?

Ecco la metafora della tela di Penelope che rimanda ad una sfida continua, un lavoro da fare in continuazione ma al tempo stesso impossibile perché non ha mai fine, perché ogni volta ricomincia da dove si è lasciato. Lavoro che rimanda alla possibilità di concettualizzare la formazione permanente come un focus su cui valutare la buona prassi di un servizio di comunità. Una formazione che metta al centro lo snodo tra l'orizzontalità e la verticalità, con momenti separati ma anche con una modellistica che coordini vari dispositivi formativi in cui è possibile pensare a quello che accade nel lavoro quotidiano.

In particolare il focus della formazione va posto su quello che eccede, sui resti dello psichico individuale e gruppale, nel crocicchio tra l'interno e l'esterno del gruppo di lavoro. Una formazione

che ha bisogno di una programmazione che cambi nel tempo e che possa privilegiare le aree più in difficoltà del servizio e non perda di vista i modelli d'intervento che ogni categoria professionale del gruppo di lavoro tende a privilegiare. Un intervento che metta al centro la fatica quotidiana dell'operatore in salute mentale (Correale, 2006), facilitando uno sguardo altro, un poter pensare in libertà a come interrogarsi su altri punti di vista che possono portare un'espansione del pensiero rispetto all'intervento quotidiano.

Per concludere

Quali apparati ha il gruppo di lavoro per poter sognare (elaborare) l'esperienza, soprattutto il traumatismo del servizio? C'è lo psichismo individuale di ogni operatore, ma può bastare? Dove cercare altre possibili elaborazioni? In tale spazio come si articola il delicato equilibrio tra individuo/gruppo di lavoro e relativa leadership? E ancora di quali traumi si parla?

-Traumatismi della vita degli operatori (morti, malattie gravi, pensionamenti, burn out, malattie psico-somatiche...).

- Passaggio dalle generazioni degli operatori come persone; con le relative gestioni dei lasciti emotivi e culturali che ogni operatore naturalmente deposita nel servizio (l'aspetto trans-generazionale del servizio).

-Traumatismi dei pazienti: morti violente, aggressioni agli operatori o ai familiari, fallimenti terapeutici, separazioni non elaborate, vissuti di inadeguatezza che diventano devastanti se non condivise dal gruppo o da qualcuno degli operatori.

È fondamentale, nel lavoro istituzionale, considerare la questione del resto, del residuo (Roussillon, 1988), in poche parole a tutto lo psichico individuale e gruppale che eccede e che aspetta in latenza, in attesa di essere ripreso e metabolizzato. Una produzione che non può essere troppo definita ma che continuamente richiama l'attenzione, spesso intossica e condiziona fortemente il lavoro di gruppo.

Questi concetti rimandano alla fondamentale domanda (per la leadership): come si trattano i cataboliti degli interstizi e dei nodi istituzionali? Quale metodologie e strategie poter utilizzare? Quanto di tali resti indigeribili occorre espellere o quanto mettere in quarantena? Chi rappresenta e monitorizza tutto ciò? Quanto si può pensare e quanto c'è necessità di scindere e negare? A quali dispositivi formativi si può ricorrere per fronteggiare tutto questo, per bonificare al meglio il contesto del servizio?

Il tema della formazione permanente diventa centrale e rappresenta l'unica possibilità per una buona manutenzione del clima del servizio e della mente dei singoli operatori; un rebus da decifrare continuamente in cui una modellistica psicoanalitica aperta rappresenta una grande risorsa per la salute mentale degli operatori.

Bibliografia

- Boccara P (2020). Relazione XIX Congresso SPI, 4-7 febbraio. *Panel "Inconscio e istituzioni"*
- Burti L. (2017). Attualità di Goffman: quanto contribuisce alla carriera morale di malato mentale la psichiatria di comunità italiana contemporanea? *Psicoterapia e scienze umane*, 51,2: 211-246. DOI: 10.3280/PU2017-002003.
- Correale A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla.
- Kaes (R. (2007). *Un singolare plurale, quali aspetti dell'approccio psicoanalitico dei gruppi riguardano gli psicoanalisti?* Borla.
- Kaes R. (2010). Il lavoro dell'inconscio in tre spazi della realtà psichica. Un modello della complessità. *Rivista di Psicoanalisi*, 56: 671-685.
- Liberman D. (1970-72). *Linguistica, interaccion comunicativa y proceso psicoanalitico*. Voll.1-3, Buenos Aires, Galerna.

- Nicolò A. M. (2000). *La famiglia e la psicosi. Un punto di vista psicoanalitico sulle patologie transpersonali*.
In “Quale psicoanalisi per la famiglia”. F. Angeli, 2005
- Perini M. (2007). *L’organizzazione nascosta, dinamiche inconsce e zone d’ombra nelle moderne organizzazioni*. F. Angeli.
- Petrella F. (1985). *La mente come teatro, antropologia teatrale e psicoanalisi*. Centro Scientifico Torinese.
- Riefolo G. (2001). *Psichiatria prossima. La psichiatria territoriale in una epoca di crisi*. Bollati-Boringhieri.
- Roussillon R. (1988). *Spazi e pratiche istituzionali. Il ripostiglio e l’interstizio*. In L’istituzione e le istituzioni, Borla, 1991.
- Saraò G.; Tessari G. (2018). Oltre le colonne d’Ercole, i gruppi e la gruppalità nei sistemi di cura. *Introduzione Rivista Interazioni*, 1-2018/47.

Dr. Giuseppe Saraò. Psichiatra, Psicoanalista SPI, già responsabile Servizio Salute Mentale Firenze 2

Vive a Firenze da numerosi anni, nato in Sicilia (Milazzo-Me).

Dal 1980 ha lavorato nei servizi di salute mentale toscani.

Dal 2000 al 2015 ha diretto il Servizio di Salute Mentale Adulti, Firenze 2.

Dal 2016 svolge attività libero-professionale, come psichiatra e psicoanalista.

Dal 2000 associato come psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana (IPA), dal 2010 come membro ordinario.

Già Professore a contratto, Università di Firenze (Facoltà Psicologia, 4° anno) ha insegnato: “Psicodinamica dei gruppi”.

Fa parte della redazione della rivista “Interazioni, clinica e ricerca psicoanalitica su individuo-coppia-famiglia”, diretta da A. Maria Nicolò.

Insegna presso il “Corso di perfezionamento post specialistico e ricerca clinica in psicoterapia psicoanalitica della coppia e della famiglia”; il tema dell’insegnamento è : “Psicopatologia della coppia genitoriale e della famiglia nei contesti istituzionali”

Fondatore insieme ad altri (per 4 anni presidente) del Centro Ricerca Psicoanalitica Coppia-Famiglia di Firenze (C.R.P.C-F).

Dal 2016 al 2020 Presidente del Centro Psicoanalitico di Firenze (SPI).

Ha organizzato e partecipato a numerosi congressi nazionali e internazionali

Ha scritto numerose pubblicazioni; i principali temi trattati sono: paz. gravi, gruppi di lavoro multi professionali, gruppi terapeutici con pazienti e con genitori, disturbi di personalità, famiglie con gravi disturbi del pensiero, coppie in separazione, disturbi della coppia e della famiglia.

·
giusepp.sarao@gmail.com
tel.: 3382852824