

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA DEL CONVEGNO:
Cinzia Musumeci e Alessandra Staderini

CURA DEGLI ATTI:
Cristina Melloni

INDICE

7	Prefazione di Antonio Cirri
9	Introduzione di Cristina Melloni
13	CAPITOLO PRIMO Un progetto per l'U.O. di Psicologia di Salvatore Cesario Incipit <ol style="list-style-type: none"> 1. Il progetto è un progetto (tra tautologia e innovazione) 2. L'intervento è ricerca, la ricerca intervento 3. Il <i>Laboratorio di tecniche conversazionali</i>. O: Tra formazione e disformazione 4. Il territorio: socializzazione tra gli uomini e socializzazione delle competenze (degli uomini), 20 5. Modalità di gestione dell'U.O.. Scopi/criteri: <i>felicità</i>, democrazia, managerialità 6. I sotto-progetti: <ol style="list-style-type: none"> A. Primo ascolto (o: piccola urgenza) B. Urgenza C. Presenza nel Presidio Ospedaliero D. Psicoterapia E. Età evolutiva: (G.O.I.F., preformazione, gravissimi etc.) F. G.O.D.: SERT e Servizio alcoldipendenze G. Consultorio sperimentale H. Rapporti col Tribunale dei Minori I. Consulenza psico-sessuale per l'adolescenza 7. Attività dello psicologo dirigente 8. Verso un pro-getto (unitario) 9. Appendice: a proposito del D.S.M. e di altro Note bibliografiche
63	CAPITOLO SECONDO Che cos'è la psicologia? Dallo psico-pedagogista allo psicologo psichiatrico: i rapporti della psicologia con la pedagogia e con la psichiatria. di Salvatore Cesario

- 83 **CAPITOLO TERZO**
I risultati conversazionali
di Giampaolo Lai
- 99 **CAPOLO QUARTO**
Collezionare e trasformare. La ricerca-intervento
di Vittorio Cigoli
- 107 **CAPITOLO QUINTO**
La psicologia: attività specialistica
di Dario Degli Innocenti, Giuliana Missio, Vanna Vocino

PREFAZIONE

Antonio Cirri

Alcune poche parole.

Siamo, contenti come Amministratori, di aver sostenuto l'iniziativa del Convegno su "L'U.O. di Psicologia"; quest'ultimo è servito ad impostare e, per lo meno in parte, a chiarire tutta una serie di problemi, relativi ai doveri/diritti dello psicologo nel Servizio Sanitario Nazionale. Abbiamo scoperto che tali problemi hanno una portata nazionale, travalicano quindi i confini della nostra U.S.L.; però la nostra U.S.L. può dare, e, mi sembra, sta dando, un significativo contributo al dibattito in corso, potendo raccogliere sicuramente un riscontro, per lo meno, a livello della Regione Toscana.

Qui a Prato la psicologia nei Servizi, pur vantando una sua tradizione almeno quindicennale, aveva bisogno di essere riesaminata e reinquadrata. Un primo passo è stato costituire l'U.O.; un secondo quello di darle un Direttore. Con questa iniziativa possiamo dire di aver dato il via ad un'attività posta ormai su binari sicuri; mi riferisco al Progetto ormai diventato Programma.

Voglio sottolineare la validità dei modi con cui tale Progetto è stato costruito e validato: quelli dell'elaborazione in gruppo, della discussione nelle varie sedi (Amministrazione, Sindacati, altre UU.OO., etc.) ed infine nell'occasione del Convegno aperto a tutta la cittadinanza. La ratifica, infatti, che gli è venuta dal Convegno, preceduto dagli interscambi attivati precedentemente, conferisce al Progetto/Programma una forza che diversamente non avrebbe.

La novità che s'è andata delineando — se ho ben capito, seguendo i lavori congressuali dall'inizio alla fine — e che caratterizza l'U.O. di Psicologia di Prato dalle altre, è che essa ha trovato una serie di interlocutori — all'interno del campo medico — molto diversi da quelli tradizionali (psichiatri, neuropsichiatri infantili e assistenti sociali) che comunque conserva e potenzia all'interno del D.S.M. da poco costituito.

Come Amministratore non possiamo che augurare all'U.O. ed al suo Direttore un cammino proficuo, anche se sappiamo che sarà sicuramente faticoso.

INTRODUZIONE

Cristina Melloni

Quel che segue sono gli Atti del Convegno "L'U.O. di Psicologia", tenutosi a Prato il 4 maggio 1991. Il Convegno è stato realizzato dall'U.S.L. 9 (Area Pratese), col patrocinio della Regione Toscana, del Comune di Prato e del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze. La Cassa di Risparmio di Prato ha collaborato alla sua realizzazione; così come ha collaborato, insieme al Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze, alla pubblicazione degli Atti.

Si è trattato del primo convegno su questa materia a livello regionale; ed è probabile che, essendo l'U. O. di Psicologia un'entità tipica, e quasi esclusiva, della Regione Toscana si sia trattato della prima iniziativa del genere anche a livello nazionale.

Nel presente volume seguono, nell'ordine:

1. *Un progetto per l'U.O. di Psicologia*, di Salvatore Cesario¹. Si tratta di un testo costruito dal Responsabile dell'U.O. insieme con gli OO. dell'U.O. medesima. Esso è stato sottoposto, nella sua prima *Bozza* (settembre 1990), ad un ampio dibattito con l'Amministrazione, con le diverse UU.OO. cointeressate, col Sindacato... È stato quindi sottoposto, nella sua seconda formulazione, che teneva conto delle critiche e dei suggerimenti pervenuti, al dibattito in sede di Convegno. Ratificato dal Convegno, esso costituisce, ormai, il programma dell'U.O. di Psicologia.
2. *Che cos'è la psicologia? Dallo psico-pedagoga allo psicologo psichiatrico: i rapporti della psicologia con la pedagogia e con la psichiatria*, di Salvatore Cesario. Si tratta del primo intervento del Convegno, i cui lavori sono stati introdotti dall'Assessore Regionale alla Sanità, avv. Alberto Magnolfi e che è stato coordinato da Giuseppina Devoto², decana degli psicologi toscani. Data la ormai notevole diffusione della prima e della seconda *Bozza* del Progetto, Salvatore Cesario ha preferito proporre una

¹ Salvatore Cesario è Responsabile dell'U.O. di Psicologia dell'U.S.L. 9 e Prof. inc. di Psicodiagnostica presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze.

² Giuseppina Devoto è Primario dell'U.O. di Psicologia dell'U.S.L. 10/E.

serie di ipotesi su che cosa sia la psicologia: a) rifacendosi alle due ultime tappe dell'*iter* di formazione del profilo professionale dello psicologo nel servizio pubblico e formulando una serie di ipotesi circa le relazioni interdisciplinari tra la psicologia e la pedagogia e la psichiatria; b) tentando di correlare aspetti culturali e aspetti corporativi, stante l'attuale forte embricatura tra *iter* professionale e *carriera* professionale dello psicologo.

3. *I risultati conversazionali*, di Giampaolo Lai³ (il secondo intervento al Convegno). Questo testo risulta dalla sbobinatura/trascrizione dell'intervento di Lai fatto a braccio e non successivamente rimaneggiato, in modo da riproporre al lettore il senso di quella *conversazione* col pubblico che, nella realtà, l'intervento è stato. Meglio lo darebbe se fossimo riusciti ad inserirvi i vari momenti di interazione, anche non-verbale, col pubblico medesimo. Ma tant'è! Non sfugga al lettore che il titolo dell'intervento di Lai — "I risultati conversazionali" — richiama il tema della *managerialità* che, sia in "Un progetto per l'U.O." che in "Che cos'è la psicologia?" occupa uno spazio privilegiato. Giampaolo Lai si è a lungo occupato dell'argomento⁴, giungendo ad abbandonare i metodi usuali — se pur variegati — di accertamento dei risultati⁵ per proporre un approccio ad essi radicalmente nuovo⁶ che bene illustra nel suo intervento.

In questo intervento Giampaolo Lai ha sviluppato uno dei punti cardine del Progetto — vedi lo *sganciamento dalle teorie* allo scopo di rendere possibile il lavoro sull'*intersezione...* (cap. 3 del Progetto) — soffermandosi in modo particolare sul *Laboratorio di Tecniche Conversazionali* da poco aperto presso l'U.O. di

³ Giampaolo Lai è psicoanalista, conversazionalista; dirige la Rivista *Tecniche*.

⁴ Vedi, ad es., *Il criterio dei risultati nel controllo sociale delle psicoterapie*, in *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, pp. 643-647, 1986. (Per inciso, il problema dei risultati è molto sentito nei paesi — come gli U.S.A — dove le psicoterapie sono finanziate da enti pubblici e privati; da ciò il fiorire di un'enormità di ricerche sull'argomento (vedi G.F. Minguzzi, *Alcuni problemi per la valutazione delle psicoterapie*, pp.11-21, in *Il divano e la panca*, a cura di G.F. Minguzzi, Angeli, 1986).

⁵ Vedi, ad es., *La disunità della scienza e la setta lacaniana*, in *Giornale storico di psicologia dinamica*, 23, pp. 129-137, 1988.

⁶ Vedi, ad es., il suo intervento *Le ricerche sul soggetto grammaticale nei protocolli di conversazioni registrate* alla recente Conferenza Internazionale (Venezia, 18/19 maggio) su *La validazione scientifica delle psicoterapie psicoanalitiche*.

Psicologia di Prato e ch'egli ha generosamente associato alla sua *Accademia delle Tecniche Conversazionali* di Milano, ed alla Rivista *Tecniche* da lui diretta. Egli ha dato un bell'esempio di pratica delle *tenciche conversazionali* (di quelle procedure linguistiche che i terapeuti delle varie scuole, ma anche gli OO. impegnati in altri settori *normalmente* usano).

Riteniamo che questo vero e proprio *gemellaggio* Prato-Milano sia uno dei risultati (sic!) più significativi del Convegno stesso.

4. *Collezionare e trasformare. La ricerca-intervento nei Servizi*, di Vittorio Cigoli⁷ (il terzo intervento al Convegno). Anche questo intervento ha sviluppato un punto cardine del Progetto (vedi il cap. 2 dello stesso). Altrove⁸ è riportato, sulla necessità del momento-ricerca, il punto di vista dell'Assessore Alberto Magnolfi. Vittorio Cigoli, all'interno di una cornice teorico-descrittiva del tema, ha presentato un esempio specifico di *azione-ricerca* (o di ricerca-azione) svolta nel settore della cura/del prendersi cura dell'anziano. Ricordiamo inoltre che Cigoli conduce un'azione-ricerca di simile impostazione presso la Divisione Spinale del C.T.O. di Firenze (prof. Massimo Mizzau), nell'ambito della Ricerca Finalizzata finanziata dalla Regione Toscana, col coinvolgimento parziale dell'U.O. di Psicologia di Prato, sul tema: "L'adolescente para- e tetra-plegico e la sua famiglia: problemi e risorse".
5. *Psicologia: attività specialistica*, di Dario Degli Innocenti, Giuliana Missio, Vanna Vocino⁹; si tratta di una rendicontazione, per quanto possibile fedele, del dibattito svoltosi nel pomeriggio, coordinato da Piernicola Marasco¹⁰; alla Tavola Rotonda hanno partecipato Corrado Bogliolo¹¹, Carlo Montaini¹², Alberto Parrini¹³, Piero

⁷ Vittorio Cigoli è Prof. ord. di Psicologia Sociale presso l'Università di Pisa.

⁸ Vedi la nota 2, al cap. 2 di *Un progetto per l'U.O.*.

⁹ Dario Degli Innocenti, Giuliana Missio, Vanna Vocino sono psicologi presso l'U.O. di Psicologia dell'U.S.L. 9.

¹⁰ Piernicola Marasco è Prof. ass. di Teorie della personalità presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze; dirige il Centro Ricerche Psicoterapie.

¹¹ Corrado Bogliolo è Primario dell'U.O. di Psichiatria dell'U.S.L. 10/C, nonché Direttore del D.S.M. della medesima U.S.L.; dirige il Centro di Terapia sistemico-relazionale della Famiglia, presso l'U.S.L. 10/C.

¹² Carlo Montaini è Coordinatore Amministrativo dell'U.S.L. 9.

¹³ Alberto Parrini è Primario dell'U. O. di Psichiatria 2 dell'U.S.L. 9, nonché Direttore del D.S.M. della medesima U.S.L.

Taiti¹⁴; al dibattito sono intervenuti in molti, rappresentanti della Regione Toscana, rappresentanti dei vari Sindacati, etc. La rendicontazione corre lungo il filo rosso che ha percorso un po' tutti gli interventi, quello della reazione/commento alla figura del nulla, evocata sia nella reazione di Salvatore Cesario che in quella di Giampaolo Lai.

La settimana successiva al Convegno il D.S.M. organizzava la presentazione dell'esperienza del Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud da parte di tre suoi protagonisti, autori del libro *Strategie di psicoterapia e riabilitazione* che veniva presentato presso la Biblioteca di S. Salvi a Firenze nel pomeriggio della stessa giornata. Essendo emersa un'ampia comunanza di vedute con gli autori (R. Siani, O. Siciliani, L. Burti) su aspetti cruciali della pratica professionale, il Responsabile dell'U.O. di Psicologia ha proposto alla sua U.O. di "adottare" il suindicato libro (così come il più recentemente tradotto, di Mosher e Burti: *Psichiatria territoriale*) come una sorta di *trait-d'union* già bell'e costruito tra le UU.OO. di Psicologia e di Psichiatria (1 e 2) (il pensiero va scherzosamente alla proprietà transitiva: se infatti A e B sono d'accordo con C, anche A e B sono d'accordo tra loro!). Si tratta di un'ipotesi beneaugurale verso l'esperienza di collaborazione, all'interno del D.S.M. da poco decollato. In *Un progetto per l'U.O.* sono molti gli accenni all'approccio dipartimentale, ma ancora nessun sotto-progetto è stato pensato insieme in sede dipartimentale.

I due testi sono stati più volte citati in alcuni degli interventi qui contenuti. Inoltre, nell'*Appendice a Un progetto per l'U.O.*: "A proposito del D.S.M. e di altro" (sottocap. 9) è stata segnalata la prossimità possibile tra l'approccio tecnologico laiano e quello strategico multicontestuale degli autori summenzionati¹⁵.

I lavori del Convegno sono stati chiusi dall'intervento del Presidente dell'U.S.L., Antonio Cirri, a cui vanno i ringraziamenti dell'U.O. per il sostegno che l'U.S.L. le ha fornito in questo momento di avvio della sua attività.

¹⁴ Piero Taiti è Primario dell'U.O. di Recupero e Rieducazione Funzionale e Coordinatore Sanitario dell'U.S.L. 9.

¹⁵ Vedi, invece, relativamente all'uso del linguaggio comune, all'interno della conversazione terapeutica, la conclusione dell'ultima nota di *Che cos'è la psicologia?*

CAPITOLO PRIMO

UN PROGETTO PER L'U.O. DI PSICOLOGIA

Salvatore Cesario

INCIPIT

Un grazie va ai colleghi che hanno contribuito, oltre che col loro entusiasmo, anche con le loro idee.

Un grazie va anche ai colleghi che hanno contribuito col loro dissenso e col coraggio e la chiarezza che l'espressione del dissenso comporta. Spesso anche l'opposizione — talvolta anche quella *ostruzionistica* — risulta utile; essa infatti costituisce una potente sollecitazione a cercare di capire che cosa non va — in te e in chi ti si oppone —. Esplicitando ciò ch'è rimasto implicito, chiarendo ciò ch'è rimasto confuso... riesci a mettere meglio a fuoco la tua proposta; talvolta lasciandola immutata nella sostanza, ma completamente riscrivendola nella forma; ti può succedere però di arrivare ad una modifica radicale, oltre che della forma, anche della sostanza.

La seconda Bozza è ormai circolata tra Amministratori, operatori delle varie UU.OO. etc... Raccogliendo consensi, dissensi, controproposte, contributi... La Bozza attuale (la terza) è profondamente mutata. Questo potrebbe essere un segno che un interscambio è realmente avvenuto tra le parti.

Ci auguriamo che la giornata di studio dedicata al Progetto per l'U.O. di Psicologia, e il dibattito che essa solleciterà, producano un ulteriore chiarimento della funzione della psicologia dentro i *Servizi*.

Last but not least, un grazie all'Amministrazione che, nonostante i mutamenti in corso nel governo dell'U.S.L. e i *tempi lunghi* tipici di ogni Amministrazione, ha consentito il decollo dell'U.O. di Psicologia. Anche se rimane pur sempre vero che siamo solo all'inizio!

1. Il progetto è un progetto (tra tautologia ed innovazione).

È evidente che, per progetto, non si intende un semplice elenco di attività, ma un insieme di sotto-progetti tra loro collegati, in modo che l'uno produca (e riceva) dei *feed-back* sugli (e dagli) altri.

È quindi evidente che un progetto, per diventare ed essere tale, deve avere, come sua *matrice*, un'idea, anzi, una serie di idee sul *che fare* e la capacità di scegliere *il da farsi e il fattibile*.

Per l'U.O. di Psicologia la *cosa* risulta particolarmente spinosa proprio in considerazione della "particolare vastità dell'area di competenza" e della "molteplicità degli interventi propri dell'U.O. di P." (cito dalla L.R. 61/90, 11.2.3., p. 71). In parole povere: essendo il profilo professionale dello psicologo da poco regolamentato da una legge apposita ma ancora — e, forse: fortunatamente — in evoluzione; e, in assenza di una codificazione delle sotto-specialità o specializzazioni, — codificate invece in altre discipline più *stagionate* — c'è la possibilità che lo psicologo sia utilizzato, e si faccia utilizzare, come il *prezzemolo* da mettersi in tutte le minestre, cioè in tutti i progetti, spesso non come *condimento*, ma come semplice *comparsa*.

La L.R. sopracitata, di seguito, individua in questa possibilità un vero e proprio "rischio": quello della "dispersione". La medesima L.R. suggerisce l'antidoto: cercare cioè, sulla base delle indispensabili scelte, di creare un progetto "unitario"¹⁶.

¹⁶ Sulla questione delle scelte ritorneremo nel cap. 2; nel cap. 7: sull'aspetto dell'*apertura* del pro-getto in quanto *gettarsi-avanti*.

2. L'intervento è ricerca e la ricerca intervento.

All'immagine che ci si costruisce spesso, e con un certo compiacimento, di un operatore pubblico dedito all'ozio (non certo latinamente inteso), tenderei a contrapporre quella dell'operatore pubblico annegato nell'attività.

Che un operatore sia annegato nell'attività significa che svolge con passione ed impegno la propria attività ma troppo raramente sa ritagliarsi spazi di riflessione in cui, da solo, collegialmente o con terzi, ripensare criticamente la stessa.

La mia proposta è di impostare tutta l'attività dell'U.O. secondo il modello dell'intervento/ricerca (o della ricerca-intervento)¹⁷.

Ciò comporta:

1. che ogni attività sia progettata; il che implica anche la determinazione, fin dall'inizio, di un momento preciso e non dilazionabile di verifica;
2. che l'aspetto quantitativo sia, nella misura del possibile, subordinato a quello qualitativo. Non ci vogliono molte parole per convincere che è meglio un intervento *mirato* — che porti a dei risultati; al limite: a dei risultati contestabili; dove però il fatto che siano contestabili è il loro pregio; significa infatti che un'operatività è stata spesa, che sono stati prodotti dei *dati*, che, sulla base di questi ultimi, è stato reso possibile un dibattito tra favorevoli e contrari — rispetto ad un intervento *a pioggia* che lascia il tempo che ha trovato, almeno dopo la prima fase appariscente perché

¹⁷ Vedi: Maccacaro (1974), Cesario (1980), Carbonaro, La Rosa (1983). L'Assessore, avv. Alberto Magnolfi, nella *Prefazione agli Atti del Convegno Internazionale sull'Ospedale di Insegnamento* (e Prato si prepara a diventare Ospedale di Insegnamento), definisce la "scarsità e la inadeguatezza degli strumenti di formazione e di aggiornamento degli operatori rispetto ai compiti istituzionali che debbono fronteggiare scienze, tecnologie e società in rapidissimo mutamento" come "la malattia più grave del Servizio" (1991, p. 7); definisce la formazione permanente e l'aggiornamento "il cuore del sistema" (ib.); tra le varie carenze, "la più grave" (ib): quella consistente nella mancata capacità dell'Ospedale di "ristorare continuamente per propria iniziativa interna quello che si perde per naturale turn over, sul piano della qualità prima ancora che della quantità" (ib.); invita quindi gli operatori a dedicarsi "*non esclusivamente all'assistenza, ma anche alla didattica, cosa che presuppone ovviamente anche un impegno nella ricerca*" (p. 8, corsivo nostro). Vedi Mosher e Burti, 1989, pp. 348-9.

presenzialistica. Si tratta quindi di avere il coraggio di fare delle *scelte*. Il problema è:

- a. individuare i criteri per fare queste scelte. Tali criteri devono essere individuati *in una sede pubblica*;
 - b. sottoporre i risultati ad una *verifica*, anch'essa pubblica. Il momento della verifica (seminario, convegno od altro) può essere anche il momento in cui una parte dei risultati viene estesa-trasferita a coloro che, pur non essendo stati direttamente coinvolti nell'intervento/ricerca, possono, partecipando al bilancio della medesima, fruirne indirettamente, contribuire quindi alla sua riprogrammazione, all'individuazione dei nuovi criteri sulla base dei quali fare ulteriori scelte;
3. che all'interno dell'U.O. siano in atto — coinvolgendo il massimo numero di operatori — delle ricerche/interventi¹⁸;
 4. tutto ciò comporta che *sempre* sia affrontata l'urgenza. In attesa di una migliore definizione di quest'ultima, si propone la seguente, molto rudimentale ma pragmatica: per urgenza si intende una situazione di bisogno a cui va data una risposta *subito*, pena l'impossibilità di fornirla, in un secondo momento, proprio per il venir meno di tale secondo momento. Il gradiente del subito è il seguente: *in tempo* perché il tempo non scada.

¹⁸ Attualmente sono in corso le seguenti ricerche:

- Due ricerche in ambito *senologico*: una intitolata "Follow-up e aspetti psicologici nelle donne operate per carcinoma mammario"; l'altra: "Sistematica valutazione psicologica delle pazienti con cancro della mammella. Nuove prospettive per uno studio pluridisciplinare"; entrambe sono dirette dal prof. Domenico Borrelli; sul versante psicologico vi è impegnata la dott.ssa Mariacarla Sinnati (vedi: Battaglia A., Cassese C., Sinnati M. [1988], Rettori M., Picchi G., Battaglia A., Bigiotti A., Cassese C., Sinnati M., Albertacci A., Freni V., [1990], Sinnati M., Cassese C., Picchi G., Battaglia A., Bigiotti A., Rettori M., Albertacci A., Freni V. [1990], Sinnati M., Cassese C., Rettori M., Battaglia A., Picchi G., Bigiotti A., Albertacci A., Freni V. [1991], Battaglia S., Sinnati M., Rettori M., Cassese C. [1991]);
- "Problemi psicologici e risorse nell'adolescente para- e tetra-plegico e nella sua famiglia", diretta dal prof. Massimo Mizzau, finanziata dalla Regione Toscana. Vi partecipa il dott. Salvatore Cesario.
- "Freud/Wittgenstein. Tra spiegazione scientifica e spiegazione estetica", diretta dal dott. Salvatore Cesario (finanziata dall'Università di Firenze);
- "La rendicontazione del verbale e del non verbale, in conversazioni psicoterapiche e non", diretta dal dott. Salvatore Cesario (finanziata dall'Università di Firenze).

Tale approccio sembra avere diversi pregi: a) è *operativamente* valido: rende più incisivo l'intervento; b) è *scientificamente* rigoroso: consente la verifica; c) è *politicamente* qualificante: prevede il momento del dibattito e della decisione pubblici¹⁹.

¹⁹ Non vorrei che si temesse un'*occupazione* indebita da parte mia — anche sulla base della mia collocazione universitaria — dello spazio dell'operatività quotidiana con cervellotici impegni di fantomatica ricerca. Mio scopo è, casomai, portare dentro l'U.O. quegli atteggiamenti e quegli strumenti che — tolti in prestito dall'ambito della ricerca — non possono che rendere gli interventi più produttivi. In fondo si tratta — nella mia proposta — di una ricerca volta ad ottenere una più alta e qualificata produttività; ed il reciproco: di una produzione volta ad ottenere una più alta e qualificata scientificità. Ricordo che la L.R. 38/90 insiste sull'opportunità della verifica — artt. 17, 6); 25,17; 31; 43, 47; 53, 37; 65, 37 —. La L.R. 61/90 anch'essa, e più volte, sottolinea l'opportunità della "valutazione e verifica" — art 16, 1) —, della "verifica costante dell'attività" — Allegato n. 11.2.1. —; consiglia "programmi di ricerca e di valutazione degli interventi" — ib., 3 —; alludo solo parenteticamente a tutto il settore della formazione permanente — N. 20 —; in fondo, nell'Allegato n. 11, dopo aver distinto Dipartimenti "operativi" e Dipartimenti "tecnico-scientifici", specifica, a proposito di quelli "operativi": "*oltre* (c.n.) a svolgere le attività previste per i dipartimenti tecnico-scientifici [...]", il che sembra suggerire che il dipartimento "tecnico", paradossalmente, debba essere qualcosa *di più* di un dipartimento tecnico-scientifico; che debba inglobare le competenze di quest'ultimo e spingerle oltre... Più semplicemente: una lettura attenta della 61/90 non ci dà molti elementi per distinguere drasticamente tra i due tipi di dipartimento. Siamo quindi autorizzati ad impostare il dipartimento "operativo" come dipartimento "tecnico/scientifico".

3. Il Laboratorio di tecniche conversazionali.

O: Tra formazione e dis-formazione.

Il *Laboratorio* collabora col gruppo di ricerca — già citato — impegnato sulla rendicontazione (del verbale e del non verbale), in conversazioni psicoterapiche e non. Tale gruppo di ricerca opera presso l'Insegnamento di *Psicodiagnostica* (Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze) in stretto contatto con la Rivista *Tecniche* diretta da Giampaolo Lai.

Una delle matrici dell'iniziativa Laboratorio — ve ne sono molte: alcune sono state illustrate in occasione della inaugurazione del Laboratorio medesimo, avvenuta il 20. 3.'91 — è la constatazione, criticamente elaborata, del fatto che la formazione non è più possibile — almeno utilizzando i vecchi strumenti — per il semplice fatto che la totalità degli operatori, a questo punto, è ormai formata. Addirittura: pluriformata²⁰.

Lai chiama *dis-informazione* quel tipo di formazione che cerca di aggirare il tentativo di "accumulazione" dei vari saperi costituiti; questa porta con sé il rischio o della dittatura di uno di essi su tutti gli altri o della "banalizzazione"/"insignificanza" (Lai, 1990, pp. 6/7) ed invita ad un confronto nel luogo in cui il confronto si dà come possibile, quello della "intersezione" (ib., p. 7) tra formazioni differenti.

In questo luogo può avvenire la dis-formazione che così Lai definisce: "*La disformazione è il lavoro mediante il quale il gruppo di persone con matrici formative, tecniche, ideologiche differenti, ci si prova a escludere, a azzerare, le zone di incompatibilità, e a ragionare sulle zone di intersezione*" (ib.) — il corsivo è dell'autore.

Lai privilegia, rispetto alla comunicazione, la "conversazione", intesa come quell'interazione all'interno della quale è possibile realizzare una "valutazione" (p. 8) delle "intenzioni" dei conversanti e dei "risultati" dei loro interventi (atti di parola). E, focalizzando l'attenzione sulle *tecniche* (conversazionali), nella misura del possibile *sganciate dalle teorie* all'interno delle quali esse sono state eventualmente inventate, egli a) tende a sviluppare il patrimonio tecnologico degli operatori (tra questi, anche degli psicologi)²¹; b) tende a produrre il passaggio dall'ottica della *scuola* a quello dell'*accademia*²².

²⁰ Vedi, ad es., Cesario 1987a, 1987b.

²¹ Lai 1989c.

²² Lai, 1989a, il *manifesto* della Rivista.

Il Laboratorio, situato nei locali in cui opera anche il *Centro di terapia della famiglia*, è il luogo deputato per la formazione/disformazione degli operatori dell'U.O. di Psicologia e tra questi e quelli delle UU.OO. più direttamente coimpegnate nei sotto-progetti (Psichiatria 1 e 2, Neuropsichiatria Infantile, Servizio Sociale).

Risulta quindi chiaro che il Laboratorio, oltre che essere *il momento tecnico più alto* dell'U.O. di Psicologia, è anche il luogo privilegiato per il confronto con le altre UU.OO.. Di conseguenza, pur essendo in dotazione dell'U.O. di Psicologia, e diretto dal Responsabile dell'U.O. di Psicologia, esso è utilizzato nell'ottica dei Dipartimenti (un Dipartimento, quello di Salute Mentale, è già recentemente decollato — agli inizi del mese di marzo —).

Ma vorrei essere più chiaro, a proposito dell'ottica dipartimentale. A quest'ultima il *Laboratorio* ubbidisce *in quanto tale*, anche a prescindere dall'esistenza attuale del D.S.M. e degli altri dipartimenti ancora costituendi. Infatti il Laboratorio si pone come iniziativa di collegamento (ricordo l'"intersezione" di Lai) tra operatori appartenenti a scuole diverse. *L'accademia laiana che cosa è se non una sorta di dipartimento?* Tutti i vari *setting* psicoterapici vengono azzerati — voi sapete che ne esistono centinaia, un po' come le sette religiose in America (suggerirei una ricerca su ciò che tali *setting* e tali *sette* hanno in comune oltre l'evidente omofonia) —. Azzerarli significa, l'abbiamo già detto, ridurli a ciò che essi hanno in comune; proposta: delle *procedure (o tecniche) conversazionali*²³. Ripeto: tutta questa operazione, in qualche modo, tenta di *dipartimentalizzare* le psicoterapie (che, poi, sono uno degli interventi degli OO.. Una cosa se ne trascina — o se ne può trascinare — dietro un'altra...).

Inoltre, il lavoro psicoterapico — ridefinito *conversazionale* — viene sottoposto ad una rendicontazione ad altri OO., ed al pubblico più vasto, attraverso la videoregistrazione, la sbobinatura del materiale, l'esame dello stesso —. In qualche modo, il Laboratorio eredita, dal *setting* classico della *terapia sistemico-relazionale della famiglia*, lo specchio unidirezionale, la videoregistrazione, la raccolta e l'esame dei materiali, etc... —. Noi tutti sappiamo che il *segreto professionale*, che dovrebbe, in teoria, difendere il paziente, semmai difende l'operatore²⁴; di cui nessuno — nemmeno lui — viene mai a

²³ Già nel 1880 una paziente di Breuer, con cui allora Freud collaborava, suggerì a quest'ultimo di chiamare la sua cura: *cura con le parole* (*Talking cure*); da questa cura con le parole nacque poi una delle prime forme della psicoanalisi.

²⁴ Vedi Abrahams, 1976.

sapere che cosa fa, come lo fa, con che risultato etc... Il Laboratorio si prefigge, tra l'altro, di rendere, nelle dovute maniere, pubblicizzabile/socializzabile/dipartimentalizzabile il lavoro degli OO., in primo luogo agli altri OO., quindi al pubblico più vasto degli studiosi.

Elencando, schematicamente, le possibilità offerte dal Laboratorio:

1. in esso si possono audio/video-registrare le varie terapie; più in generale: i vari tipi di interventi (dalle terapie sistemico-relazionali della famiglia, alle terapie individuali, agli interventi multicopie del servizio alcol-dipendenze...);
2. in esso si possono audio/video-registrare altri tipi di interventi: ad es., interventi diagnostici fatti anche in collaborazione con operatori di altre UU.OO.— ai quali, come a tutti gli altri, possono, se il caso, assistere, dietro lo specchio unidirezionale, più operatori: buon esempio di *compresenza*²⁵ —;
3. si possono audio/video-registrare altri tipi di *eventi conversazionali*; ad es., le riunioni dell'U.O., etc...;
4. la sbobinatura degli audio/video-registrati consente di procedere alla rendicontazione di ciò che è successo in sede di psicoterapia, di altro tipo di intervento, di altro evento conversazionale;
5. in tal modo — anche semplicemente ri-vedendosi, ri-ascoltandosi, l'operatore o il gruppo di operatori realizza una sorta di auto-supervisione o di inter-visione. Scopre cioè, a cose fatte (ma in futuro evitabili o ricercabili, a seconda) che cosa ha veramente fatto. Se poi procede alla sbobinatura fino alla rendicontazione del verbale e del non verbale, le possibilità di imparare dall'esperienza e di pianificare i futuri interventi diventa sempre maggiore;
6. è possibile procedere, dotati di più strumenti, al lavoro di *verifica* dei risultati degli interventi (psicoterapici e non) degli OO..Tale lavoro di verifica non può non interessare, oltre che gli OO. medesimi, gli Amministratori ed il pubblico più vasto, degli studiosi ma anche degli utenti reali o potenziali.

²⁵ Sull'argomento torneremo diffusamente più avanti.

4. Il territorio: socializzazione tra gli uomini e socializzazione delle competenze (degli uomini).

Probabilmente bisognerebbe guardare a tutto ciò che è stato semplicisticamente interpretato come un *riflusso* — in questo caso nell'ambito dei servizi socio-sanitari — come ad un *cambiamento* il cui segno e il cui significato dipendono dalla nostra intelligenza e dal nostro intervento.

Ad es., la temuta perdita del legame col *territorio* è probabilmente solo un passaggio verso una maggior *laicizzazione* del concetto e della pratica del territorio medesimo. Tale laicizzazione passa attraverso un ripensamento del concetto e della pratica della *socializzazione* — come tutti ricordiamo, nel passato esaltata anche per i suoi poteri, quasi *automaticamente*, salvifici²⁶ —; e comporta un passaggio dalla socializzazione intesa come socializzazione *tra gli uomini* alla socializzazione intesa come socializzazione *delle competenze* (evidentemente: degli uomini. Sarebbe chiaramente mostruoso che, dietro la competenza, soprattutto nel caso della competenza dello psicologo, non ci fosse un uomo!).

Più sostanzialmente si tratta del passaggio da una concezione del territorio *logistica* (dominata dalla preoccupazione della suddivisione del territorio in zone, quartieri, distretti etc.²⁷) ad una concezione di esso prevalentemente *logica, politica*, dominata dalla ricerca dei *nessi*.

²⁶ La pratica della *socializzazione* fu — ricordiamocelo — utilizzata anche cinicamente da chi, in nome dei di lei gabellati poteri automaticamente terapeutici, scaricò il *barile* dell'handicap dagli Istituti — che in tal modo poterono rifarsi il trucco e riciclarsi — ad es., sull'Istituzione Scuola. Che quest'ultima ne abbia ricevuto forti sollecitazioni — e benefiche — all'innovazione è un fatto incontestabile; altrettanto incontestabile è che tali sollecitazioni siano spesso state troppo forti, organizzate in modo quasi terroristico (Cesario 1983).

²⁷ Ricordiamo gli anni '70, quando furoreggiava il *Piano Nicoletti*, cioè il piano della *zonizzazione* di Firenze. A quell'epoca era chiaro — ma non a tutti — che la *zona* non era, e non doveva rimanere, un'entità *topologica*, ma era e doveva essere, diventare, un'entità *logica, politica*: la zona era, e doveva essere, l'insieme delle iniziative istituzionali e non, in essere e *in statu nascenti*, presenti in una determinata zona; era, e doveva essere, la *connessione dialettica* tra tutte queste iniziative, volta al rinnovamento del modo di operare, anche di vivere, dentro le Istituzioni e fuori...

Ritengo quindi che vada lasciata in subordine l'esigenza che l'operatore sia fisicamente più facilmente raggiungibile dall'utente. Più importante è che i vari settori di intervento siano tra loro collegati e che il servizio nel suo insieme sia collegato con i reali bisogni dell'utenza.

Questa è l'ottica del dipartimento; o meglio: dei dipartimenti, ovverossia: della moltiplicazione dei nessi. La L.R. 61/90, nell'Allegato 11, invita alla *moltiplicazione dei nessi*: recita l'Allegato: "Le UU.SS.LL. possono costituire *ulteriori* (c.n.) forme di organizzazione dipartimentale per il raggiungimento delle finalità assegnate a tale modello organizzativo [...]".

Questo non significa che, dove è ancora possibile una politica del territorio *vecchia maniera*, essa non debba essere conservata, anzi incrementata²⁸.

²⁸ Terrei a precisare che queste considerazioni sono di un operatore che ha attivamente e con gioia realizzato la politica del territorio negli anni '70. A quell'epoca feci l'esperienza di essere, per diversi anni, l'unico operatore del C.I.M. (Centro di Igiene Mentale) del Comune stabilmente presente a *Le Cure*. Lavorai in stretto contatto con gli insegnanti — allora la scuola era una scena privilegiata (erano i tempi dei *Decreti Delegati*) — e con gli operatori sociali; tra questi: gli amministratori, gli amministrativi (all'interno delle diverse Istituzioni), le forze politiche (allora esistevano, a *Le Cure*, anche forme politiche miste, in cui convergevano appartenenti a diversi partiti politici; ad es., il *Comitato Scuola* (elementare e media), gli insegnanti, i genitori (che allora erano diventati personaggi importanti, etc...).

Nel '78 uscì, a cura mia, un testo collettivo, *Un quartiere sperimenta*, che raccontava quell'esperienza; nell'80 uscì, scritto da me, *Nella scuola e nel quartiere*, un testo il cui sottotitolo *Un'esperienza di socializzazione della funzione dello psicologo*, indica il terreno su cui la mia riflessione si soffermò. Ve ne dico soltanto il principale risultato. Premetto che allora Maccacaro, il quale, tra l'altro, fondò *Medicina Democratica* e insegnava *Biometria* all'Università di Milano — scomparve precocemente e tutti perdemmo una grande intelligenza ed una grande passione — era un mio importante punto di riferimento... Egli collegava l'intervento con la ricerca ed il reciproco; contrapponeva ricerca *catalettica* a ricerca *dialettica*, chiaramente schierandosi per la seconda... Dicevo, il principale risultato della mia riflessione di allora fu il seguente: la socializzazione (della funzione, del sapere, non importa di quale profilo professionale), per essere tale, deve essere *reciproca*; nel mio caso, aver socializzato la funzione dello psicologo — fino alla scoperta, sorprendente e tonificante, non tanto che altri si erano messi a fare lo psicologo, il che sarebbe stato addirittura ridicolo... ma che avevano integrato nei loro atteggiamenti, nei loro interventi, una sensibilità

La L.R. 29/90, all'art. 33, segnala i seguenti criteri per la formazione dei Distretti:

- "— la presenza di bisogni e di fasce a rischio omogenei per popolazione;
- l'effettiva fruibilità dei servizi da parte degli utenti e l'accessibilità dei medesimi in relazione alle caratteristiche geomorfologiche e dell'assetto urbanistico del territorio;
- l'efficienza tecnico-funzionale dei servizi."

L'impressione è quindi che si debbano rispettare criteri insieme:

1. di carattere *politico* (controllo democratico dell'efficienza);
2. di carattere *amministrativo* o simile (accessibilità al servizio) che può diventare particolarmente, quasi drammaticamente, urgente ("effettiva fruibilità dei servizi"); come dire: se il servizio non lo si eroga là, è come se non fosse stato mai istituito;
3. di carattere *tecnico* (l'efficienza tecnico-funzionale).

Ritengo che, salva restando l'importanza del punto 2 — la riesaminerei però all'interno della tematica dell'*urgenza* e dei modi di fronteggiarla (vedi più avanti) — i punti 1 e 3 possono essere soddisfatti dall'approccio suindicato. Ci confermano ulteriormente nella nostra opzione altre indicazioni che troviamo nella L.R. 61/90, sotto il titolo "Sedi dell'intervento": "In rapporto alla dimensione dei distretti ed alla loro effettiva strutturazione il D.S.M. può (c.n.) prevedere presenze periodiche programmate degli operatori delle

psicologica, delle competenze psicologiche — significava anche il reciproco: che lo psicologo di turno (il sottoscritto), aveva recepito — e non astrattamente, ma all'interno del suo stesso modo di fare lo psicologo, *all'interno del suo sapere, della sua tecnologia* — aspetti significativi del sapere, della tecnologia degli altri operatori sociali. (Negli anni successivi, lavorando presso gli Assessorati alla P.I. ed alla S.S. del Comune di Firenze, cercai di mettere alla prova, ed a frutto, gli apprendimenti fatti a *Le Cure*. Ma questo è un altro discorso.)

Cadrebbe qui, come il cacio sui maccheroni, un discorso sulle famose — ma non più tanto — *frange intermedie*, sugli *operatori intermedi*; cioè sull'opportunità di fare degli interventi, invece che direttamente sugli utenti, sugli altri operatori; ad esempio, invece che su un allievo potenzialmente utente dell'U.O. di Psicologia, sul suo o sui suoi insegnanti (vedi, nella vasta letteratura, Lai 1970, 1971; Cesario 1987a, pp. 70 sgg). Si tratta di interventi che, valorizzando lo spazio *di mezzo*, intermedio, sono finalizzati a conseguire il massimo di diffusione, socializzazione, diremmo: di *dipartimentalizzazione*, delle competenze. Direi che, *in una reale ottica dipartimentale*, tutti gli operatori sono operatori intermedi! Tutti gli operatori, cioè, passano agli altri e, dagli altri, ricevono, competenze.

UU.OO. costitutive presso i distretti. Il rapporto col distretto socio-sanitario si realizza *fondamentalmente* (c.n.) con l'attivazione di *canali costanti di comunicazione* (c.n.), la *programmazione comune* (c.n.) delle attività e degli interventi, la *verifica* (c.n.) dei bisogni rilevati nella zona e degli interventi realizzati. Il numero e la frequenza delle presenze presso sedi poliambulatoriali e distrettuali dovranno essere attentamente valutati perché non si produca una *inutile e dispersiva frantumazione* (c.n.)" (Allegato 11.2.8.). Mi sembra chiaro: l'essenziale è la facilitazione delle comunicazioni, delle connessioni (delle sinapsi). Funzionale a questa è la non dispersione degli interlocutori, delle interlocuzioni, dei messaggi...

In ogni caso, *anche prescindendo* dalla opinabile validità *generale*, o più o meno generalizzabile, delle considerazioni fatte fin qui, rimane il fatto che quest'ultime hanno una straordinaria *attualità* per l'operatore psicologo (e, quindi, per l'U. O. di Psicologia). Lo psicologo, in una fase quasi *frenetica*, anche se molto interessante, dell'*iter* formativo del suo profilo professionale, ha incarnato in modo particolarmente sottolineato, la figura dell'operatore unico²⁹. L'esperienza è stata molto stimolante, ma è approdata ad un generale *appiattimento* dell'operatività dello psicologo, chiamato e dedito ad interventi di una *spaventosa genericità*, tendenzialmente rivendicativi, e in modo sterile e sterilizzante.

In questo momento lo psicologo può e deve dedicarsi ad una serie di interventi altamente *specializzati*³⁰; e questo comporta la presenza, prevalente, nell'ambulatorio — a preferenza della piazza, a cui è, a suo tempo, stato *ridotto* il territorio —; sull'*apertura*

²⁹ Vedi Cesario 1987a; 1987b. Questa fase corrisponde ad un momento generale di contestazione; nel corso del quale la contestazione, da parte degli psicologi stessi, o di alcuni di essi, del modo di *fare psicologia* di allora, finì col coincidere con una contestazione radicale della psicologia *tout court*. C'è chi cessò definitivamente di fare lo psicologo (conosco alcuni colleghi che tuttora fanno di tutto, e bene, ma non fanno certo gli psicologi!). C'è chi, invece, abbandonò un modo di fare psicologia per inventarne un altro. Così contribuendo alla costruzione delle fasi successive dell'*iter*.

³⁰ È forse anche responsabilità della fase dell'*operatore unico* che la psicologia faccia tanta fatica, ad essere riconosciuta, ancor prima che come *attività specialistica* — lo è giuridicamente! —, come attività *sic et simpliciter!* Da cui anche la possibile, o *una* delle possibili ragioni dell'opinione corrente secondo cui lo psicologo non fa nulla. Ma su questo *nulla* altrove dovremo ritornare per un discorso molto più impegnativo!

dell'ambulatorio agli altri ambulatori e al pubblico in generale, non solo all'utenza specifica, vedi le considerazioni in coda al cap. 3.

La *compresenza*, modulo operativo connesso col concetto e la pratica del territorio (vecchia e nuova maniera), va intesa in due sensi:

1. come *compresenza in un medesimo luogo* di due o più operatori impegnati, con competenze diverse, su di una medesima operazione;
2. come *compresenza, in due luoghi diversi ma attigui* (... vedi sopra...) da usarsi *in contemporanea*.

È abbastanza evidente che *l'essenziale*, il non rinunciabile, è la *collaborazione* tra operatori con competenze diverse al fine dell'integrazione delle diverse competenze verso un intervento più valido ed incisivo. La *compresenza* è *uno* degli strumenti funzionali alla collaborazione ed alla integrazione; talvolta però può essere addirittura un ostacolo ad esse. Punterei quindi alla collaborazione; anzi, all'esito di questa ultima: al risultato positivo. Sulla *compresenza* sarei elastico.

In particolare: ritengo che non sia necessaria — se non eccezionalmente — la *compresenza* del 2° tipo (quella che richiede l'esistenza di due luoghi attigui da usarsi in contemporanea); quanto alla *compresenza* del 1° tipo, essa non necessita di luoghi contigui, ma della disponibilità degli operatori ad ospitare o a farsi ospitare nel e dal luogo in cui ciascuno normalmente opera quando si tratti di realizzare insieme un intervento. Il *Laboratorio* è un luogo ideale in cui realizzare la *compresenza* del 1° tipo, a) anche attraverso la presenza di più operatori dietro lo specchio unidirezionale; b) attraverso la visione da parte di un numero, elevabile *ad infinitum*, di operatori, del video-registrato, resa possibile in qualsiasi momento (oltre che luogo) successivo all'intervento.

Dopo un sopralluogo guidato dall'Ispettore Lido Paoli e dopo un'ampia discussione, quanto alle sedi dell'intervento psicologico, abbiamo concordato che esse siano le seguenti; via Torino, sede dell'U.O. (utilizzata al massimo, mattina e pomeriggio), il presidio ospedaliero, via Gherardi, via Ferrucci, per gli interventi di Primo Ascolto, Piccola Urgenza etc...; via Roma (all'interno del G.O.T., recentemente ribattezzato *SERT*), San Paolo, sede del *Laboratorio Zonale Ausili*, diretto da uno psicologo; via S. Gonda, sede del *Consultorio Sperimentale*, anch'esso coordinato da uno psicologo. Le altre sedi (San Paolo, Via Goldoni) sono state riconsegnate all'Amministrazione; la quale si era già, e giustamente, ripresi i locali situati in via Roma... Sono state invece conservate le sedi preesistenti

nel *compensorio*; la presenza in esse dello psicologo è stata però più finalizzata e programmata.

Concludendo: la realizzazione dei sotto-progetti³¹ avviene *non per zona ma trasversalmente rispetto alle zone*. Infatti l'operatore a cui è affidato un sotto-progetto, indipendentemente dalla sede o dalle sedi in cui lo realizza, imposta il suo intervento avendo presente tutto il *compensorio*.

Da ciò la possibile fine del triste *gioco del lenzuolo*, che, tirato di più da una parte o dall'altra, non riesce mai a *coprire tutte le zone*. Il compito del lenzuolo, ridefinito "serie di sotto-progetti", è infatti quello di *coprire i bisogni (e non le zone)*; e *non tutti* i bisogni, ma quelli che, di volta in volta, *si sceglie*, nelle sedi proprie, con gli interlocutori reali, di soddisfare; e nella misura del possibile.

Un risvolto non secondario di questo modo di approcciare i problemi è che la diminuzione o l'aumento dell'organico degli OO. non produce immediatamente una messa in crisi del progetto generale; costringe soltanto ad un suo adeguamento. E quest'ultimo non viene pensato e realizzato sulla base di procedure *meccanicistiche* (un *tot* di operatori per un *tot* di ore per un *tot* di zone), ma in modo critico: diminuendo l'impegno investito su di un altro sotto-progetto, eventualmente cancellando addirittura un sotto-progetto...

Cioè: mentre il progetto generale rimane abbastanza *stabile* — infatti le sue linee portanti³² non sono esposte ad una messa-in-questione continua (se così fosse la gestione dell'U.O. risulterebbe impedita), — l'insieme dei sotto-progetti è invece *mobile*, può cioè costantemente mutare, sulla base delle pressioni esterne o sulla base dell'iniziativa interna all'U.O., sia il numero dei sotto-progetti, sia l'investimento — in ore, in OO., etc — su ogni singolo sotto-progetto, senza che ciò causi un danno alla realizzabilità del progetto generale (ne risulterebbe per forza un danno al singolo sotto-progetto se questo fosse costretto a un *beccheggiare* continuo. Ad un certo punto ci si troverebbe costretti a rinunciarvi). Ritengo che la mobilità all'interno della serie dei sotto-progetti sia fondamentale alla buona funzionalità del progetto generale...

Infine alcune puntualizzazioni sull'approccio suindicato che, però, anticipano, sul piano concreto, le conseguenze — o meglio: alcune conseguenze — dell'approccio *manageriale*, di cui nel sottocap. seguente.

³¹ Vedi il sottocap. 6.

³² Vedi i sottocapp. 1-5, 7.

È evidente che, tranne alcuni spazi, come quelli del G.O.T. (o SERT), del Laboratorio Zonale Ausili, o come quelli in cui vengono svolti alcuni sotto-progetti in cui i tempi di accesso all'utenza sono necessariamente prestabiliti (come, ad es., nel sottoprogetto *Primo Ascolto*), tutti gli altri spazi sono usati in modo elastico e funzionale alle necessità o semplici opportunità suggerite dai singoli sotto-progetti.

A ciascun operatore è *affidata* la gestione di uno o più sotto-progetti³³ (vedi più avanti: *I sotto-progetti*). Il che significa che, mentre è data l'indicazione nominativa dell'operatore a cui è affidato il singolo sotto-progetto, non è data l'indicazione della sede presso la quale egli lo realizza, *se non quando è necessario*. E neppure della quota oraria relativa al suo sotto-progetto, proprio perché questa — tranne nelle situazioni soprariordinate, e cioè in quelle che comportano la collaborazione tra più UU.OO. e in quelle che implicano un rapporto prestabilito, un vero e proprio *calendario*, con l'utenza — deve rimanere elastica. Tendenzialmente affidata alla responsabilità gestionale (manageriale) del singolo operatore (o del singolo gruppo di operatori), costantemente verificata dalla U.O. nel suo insieme, sotto la guida responsabile del suo, per l'appunto, Responsabile.

³³ Vedi più avanti: *I sotto-progetti*.

5. Modalità di gestione dell'U.O. Scopi/criteri: felicità, democrazia, managerialità³⁴.

1. La felicità .

La *felicità* è intesa qui nel senso definito da Lai principalmente in *La conversazione felice* (1986) e in *Disidentità* (1988).

Non trascurando l'aspetto squisitamente *edonistico* del concetto di *felicità*, Lai ne sottolinea però le implicazioni, come dire, *tecniche*. Il termine infatti, nella enciclopedia laiana, va a sostituire quello di *guarigione*. Quest'ultimo è cassato perché, oltre che teoricamente troppo impegnativo, risulta infido anche pragmaticamente; infatti, in buona sostanza, la guarigione è sempre *inverificabile* (se è molto difficilmente verificabile che un paziente è guarito, è molto più difficilmente verificabile, se non addirittura del tutto inverificabile, che sia guarito grazie, ad es., alla psicoterapia...).

"[...]sono sempre colpito — scrive Lai³⁵ — ogni volta che entro in un servizio pubblico, dall'aria di profonda infelicità stampata sul viso e financo sul portamento di tutti gli operatori, quando si aggirano muti per corridoi lunghissimi, come assortiti in pensieri indicibili di catastrofi incombenti. E allora mi viene da dire che tutto questo andrà anche bene per un'iniziazione ai riti melanconici della sapienza saturnina, ma non posso non chiedermi perplesso, come riusciranno questi operatori a rendere felici i loro pazienti, se falliscono così vistosamente con se medesimi".

È mia ambizione avviare, soprattutto all'interno dell'U.O. di Psicologia — nei rapporti con le altre UU.OO. la cosa sarà forse più impegnativa, ma non è detto! — un clima "il più felice possibile" o "il meno infelice possibile" — le due formule laiane — sia sul piano *umano* che su quello *professionale*.

Assumere infatti la *felicità* come scopo significa prefiggersi di impostare i rapporti endo- ed eso-U.O., ed impostare il modo di lavorare, allo scopo di ottenere il massimo possibile di soddisfazioni *personali e professionali*; assumerlo come criterio significa rilevare che lo scopo è stato fallito *in toto* o in parte, quando tali soddisfazioni scarseggiano in modo significativo e prolungato.

2. La democrazia.

³⁴ Criteri = criteri con cui *si progetta* di verificare i risultati, cioè il grado di raggiungimento degli scopi.

³⁵ Lai, 1984, p. 40.

La *democrazia* è qui intesa nel senso che ci sembra — almeno a tutta prima... (vedremo che si tratta di una pura illusione!) — talmente ovvio — nel senso dell'*ob-viam ire* latino, cioè del venire incontro, spontaneamente, naturalmente — da non avere bisogno di ridefinizioni.

Ricordo che la L.R. 38/90, art. 44, 27 — riprendendo pari pari l'art 4 della L.R. 71/80 — dichiara: "Il direttore di unità operativa favorisce il lavoro di gruppo [...] nel rispetto delle posizioni funzionali di ciascun addetto [...]". Ci sembra un riferimento all'applicazione dei metodi democratici, oltre che un richiamo al rispetto delle regole, sulle quali più avanti torneremo.

La democrazia, da scopo, diventa criterio quando serve a verificare la gestione buona, cattiva o pessima del programma dell'U.O.. La Gestione dei rapporti personali/professionali è solo un aspetto, anche se fondamentale, della gestione del programma. Va, infatti, tenuto presente che l'U.O. è un *gruppo di lavoro*, non un *gruppo dinamico*. Cioè, in esso le dinamiche sono individuate ed elaborate solo allo scopo di evitare che esse interferiscano negativamente sulla produttività degli OO..

3. La *managerialità* .

La *managerialità* è qui *presa sul serio*, quasi per scommessa, anche *un po' divertita*, in questo momento in cui tanto se ne parla e spesso pretestuosamente.

Managerialità come scopo significa responsabilizzazione di ciascun operatore al sotto-progetto che gli viene affidato — qui è il direttore dell'U.O. che dimostra di *saper* responsabilizzare l'operatore —; e che l'operatore accetta di gestire — qui è l'operatore che dimostra di *sapersi* responsabilizzare —; significa inoltre *sapere attrezzare* e *sapersi attrezzare* per poter raggiungere, nel minor tempo, col minor dispendio di energia e col massimo risultato possibili, l'obiettivo (l'attrezzatura riguarda gli strumenti di lavoro e le modalità del loro uso).

Managerialità come verifica significa che quando la responsabilizzazione (nei due sensi sopraindicati), l'attrezzarsi etc... hanno fallito l'obiettivo, c'è qualcosa che non va. E bisogna, *managerialmente*, individuare questo qualcosa (forma, questa, non secondaria di managerialità).

Riflessioni.

Il problema è se tali scopi/criteri siano, ciascuno per conto suo, dotati di coerenza interna e se siano, tra loro, effettivamente compatibili.

Un primo rilievo può essere che tutti e tre gli scopi/criteri si caratterizzano per un denominatore comune: la tendenza al massimo (di felicità, democrazia, managerialità). Una forma attenuata, peraltro già accennata a proposito della felicità (e anch'essa tolta in prestito da Lai) è: *il meno* peggio possibile (la minore infelicità..., non-democrazia, non-managerialità possibile); qualcosa di mezzo tra il pessimismo dell'intelligenza e il senso del *modus*.

Ritengo che sia essenziale saper tendere al massimo, ma anche saper sostituire allo scopo/criterio del meglio quello del meno peggio, proprio al fine di evitare il tipico vissuto di impotenza, il quale porta ad accuse (etero- ed auto-) invece che a responsabilizzazioni/iniziative. Il passaggio dal meglio al meno peggio deve essere solo una *manovra* per recuperare il meglio.

Un secondo rilievo può essere che il direttore dell'U.O. non è elettivo: questo elemento vanifica un bel po' della democrazia (sia come scopo che come criterio). Infatti, in qualche modo, il direttore, anche se va in minoranza, conserva sempre la maggioranza (cioè il potere di decidere, almeno quello formale).

Ritengo quindi essenziale che il direttore dell'U.O. sappia cogliere ed utilizzare al meglio un suo eventuale andare in minoranza: ad es., correggendo il tipo o il livello delle sue richieste verso gli operatori (talvolta anche verso se stesso, se è vero che si ama il prossimo *come* si ama se stessi: trasformiamo qui il comandamento in semplice registrazione di un fatto!); o accettando la differenziazione tra sottogruppi diversamente orientati, anche richiedendo a questi ultimi di assumersi la responsabilità delle differenze di cui essi sono portatori.

Tenendo però sempre ben presente — e facendo sempre ben presente agli operatori — che, in ultima istanza, è sempre lui il responsabile; responsabile anche di volere o anche solo di tollerare le differenze; quindi responsabile di una eventuale decisione di toglierle quando gli sembrano esiziali rispetto a felicità, democrazia, managerialità (toglierle, dicevo: se gli riesce).

A ben vedere queste ultime considerazioni, svolte sul tema della democrazia, forse proprio perché trattasi di una democrazia anomala, a cui manca l'elemento cardine dell'elettività, possono essere lette come considerazioni sul tema della managerialità.

Descrivono infatti i modi in cui il direttore deve, managerialmente, per l'appunto, ottimizzare lo strumento della democrazia (*mutila*).

Infatti:

1. la manovra del passaggio dalla ricerca del meglio alla ricerca del meno peggio, come quella dell'utilizzazione delle differenze tra gli operatori — la prima finalizzata ad evitare *impasses* depressive, la seconda finalizzata a convertire la disomogeneità delle risposte degli operatori, sia sul piano della quantità che su quello della qualità, in motivo di confronto e di dibattito — sono tipiche di una gestione manageriale che sa trasformare gli ostacoli in occasioni, le necessità in virtù;
2. d'altra parte la democrazia è sostanzialmente alternanza *possibile*, realmente possibile, al potere di gestione; ma, anche, alternanza *in corso* già all'interno di una determinata fase gestionale; cioè interscambio auspicato, promosso, programmato, tra posizioni diverse.

Anche in regime di democrazia non mutilata il rappresentante (del popolo) deve sapere, di volta in volta, interpretare tale rappresentanza; ciò comporta l'uso del *potere* che gli è stato affidato, e l'accettazione di quel tanto o poco di *arbitrio* che tale *potere di interpretare* il mandato comporta.

Personalmente ritengo che è grazie al mio potere che sono in grado di proporre all'U.O. questi scopi/criteri, costringendola a sperimentarli. Essa ha, spero non solo formalmente, il potere di costringermi, a sua volta, a verificarne l'applicabilità.

*Supplemento di riflessione*³⁶.

Questa parte del progetto si è rivelata, quasi da subito, molto delicata. Ci ha quindi costretto a diversi ripensamenti. Seguono alcuni ripensamenti su felicità e democrazia.

Non è stato difficile il massimo di *felicità*, tra direttore dell'U.O. e OO., e tra questi ultimi, nei primi mesi — che definirei quasi *idilliaci*

³⁶ Preferisco collocare le considerazioni seguenti *in aggiunta* alle precedenti, piuttosto che integrarle ad esse, allo scopo di dare visibilmente il senso di un *work in progress*, difficile, talvolta addirittura doloroso, anche se, per i veramente curiosi, molto interessante. La gestione di un'U.O. di Psicologia è molto difficile. Non esiste ancora un regolamento codificato. Speriamo che la nostra esperienza e le nostre riflessioni possano costituire un contributo.

³⁷ —; più difficile è stato conservare lo stesso livello di *felicità* quando al *pettine* sono venute scelte che talvolta si sono solo presentate all'U.O., talvolta ad essa si sono addirittura imposte.

Di fronte alle prime *burrasche* si è subito fatta la manovra del ricorso al "minimo possibile di felicità" o "massimo possibile di non-infelicità"; e si è colta l'occasione (occasione *felice!*) di tentare una serie di precisazioni. Ad es.: l'aspetto *edonistico* deve essere perseguito all'interno del *setting*; non penso infatti che Lai suggerisca, allo scopo di star meglio-essere felici, di saltar fuori dal *setting*, di interrompere il rapporto col paziente; suggerisce, casomai, un calibrato dosaggio di *immedesimazione* e *straniamento*. La felicità dell'U.O. — compresa quella del suo direttore — non è perseguibile attraverso l'abbandono degli impegni più infelicitanti, sia quando sia doveroso verso l'Amministrazione e l'utenza sobbarcarseli, sia quando sobbarcarseli sia coerente con le scelte, in ipotesi, felicitanti (!) e fatte in piena autodeterminazione dalla medesima.

Penso che Lai avrebbe diverse cose da dirci in proposito; perché, in teoria, io accetto la sua opzione per quello ch'egli chiama *edonismo acritico*, rispetto a quello *critico*³⁸; scelgo cioè come criterio di felicità non la lunga scadenza, ma quella breve/brevissima; mentre, nell'ipotesi fatta da noi poco sopra, sembra invece implicita una prospettiva di lunga o media scadenza; mi riferisco al *sobbarcarsi* gli impegni (la parola sembra scelta apposta per dare l'idea dell'infelicità possibile). Infatti, un progetto, anche se articolato in sotto-progetti, concepito come insieme stabile e mobile, implica l'impegno *continuativo* alla sua realizzazione. Tale impegno può essere quanto si vuole *disidentico*; ma, sul pezzo, bisogna comunque lavorarci;

³⁷ A questo idillio ha sicuramente contribuito anche la scelta del direttore dell'U.O. di essere assolutamente *non fiscale* circa tutta la gestione degli aspetti che potremmo definire *personali* degli OO. (vedi: recuperi, permessi, ferie, timbratura, etc....); affidandosi, in questo settore, completamente al buon senso ed alla capacità di autogestione degli OO. medesimi. A questa scelta il direttore non ha mai derogato. Ma una sorta di *fiscalità* è inevitabile relativamente alla *produzione* (l'aspetto che potremmo definire *pubblici*): il Responsabile deve cioè *rendere conto*, in primo luogo del proprio operato, quindi di quello dei colleghi, agli Amministratori (anche in quanto rappresentanti eletti degli utenti e potenziali utenti), agli OO. della sua e delle altre UU.OO.; gli OO. devono rendere conto al Responsabile, ai colleghi, etc.... Fiscalità qui sta al posto di *impegno* e di *trasparenza*.

³⁸ Lai, 1987, pp. 15/6.

anche se in modi sempre diversi (disidentici), in ipotesi: anche su pezzi sempre diversi (disidentici).

Mi sembra che il nodo si possa sciogliere così: non è possibile, all'interno di un'U.O., non fare delle scelte e non conservare una coerenza con esse fin quando tali scelte continuano a risultare significative, importanti, erogatrici di gradi diversi di felicità, non solo a lunga ma anche a breve e brevissima scadenza; forse il fatto è che bisogna rinunciare ad una felicità tra gli OO., e tra gli OO. ed il direttore dell'U.O., come *stato* prolungato indefinitamente nel tempo; felicità *non è il paradiso dentro l'U.O.!* O, più precisamente, il paradiso come stato permanente e garantito. La felicità è solo lo scopo che, ad es., il direttore si prefigge *per se medesimo* — qui è implicita un'altra posizione tipicamente laiana — (ciascun O. farà o non farà lo stesso per se medesimo), e che raggiungerà facendo delle mosse che risulteranno o no efficaci. Si *accontenterà* quindi dei risultati soddisfacenti *di volta in volta* conseguiti; rinunciando non solo a fare qualcosa che possa produrre un grado di felicità stabile e duraturo per sé medesimo; tantomeno per gli altri; e meno che mai per l'U.O. *nel suo insieme. Edonismo acritico* probabilmente si coniuga bene con *felicità debole!*

La felicità infatti non è mai un dato; essa è sempre, invece, il frutto dell'uso di una serie di tecniche che il direttore e gli OO. devono inventare; in fondo, per riuscire ad essere felici bisogna lavorare. E trovare anche il modo di rendere questo lavoro felicitante!

Ad un certo punto, a proposito della democrazia, è stato possibile, e necessario, precisare:

1. che per democrazia (anche se mutila) si intende una consultazione, la più ampia possibile, degli operatori e degli amministratori (questi ultimi rappresentanti del popolo eletti da quest'ultimo!);
2. che, una volta terminata la fase della consultazione — questa non può essere interminabile; il direttore ha la facoltà, ma anche il dovere, di *decidere* di interromperla — il direttore, sulla base della consultazione fatta, deve prendere delle *decisioni*;
3. ch'egli si deve responsabilizzare delle scelte fatte, in prima persona;
4. che egli deve sottoporre queste ultime, ciclicamente, alla verifica, la quale avviene sempre attraverso una nuova consultazione...;
5. che, non trattandosi di democrazia *di base*, ma addirittura di democrazia *sui generis*, in ogni caso *mutila*, il direttore non discute tutte le minime questioni in sede di riunione dell'U.O.; ha la facoltà, anzi il dovere, di prendere delle decisioni anche da solo, soprattutto

quando esse rientrano nella normale amministrazione; di qualsiasi di queste scelte renderà comunque conto all'U.O..

Inoltre (e quanto segue mi sembra vitale):

- a. *di volta in volta* c'è chi rappresenta l'*opposizione*. Egli ha il dovere/diritto (o diritto/dovere) di esprimere la propria opposizione, le motivazioni che la giustificano, se possibile: delle controproposte praticabili (quest'ultima si chiama, solitamente, *opposizione costruttiva*);
- b. *di volta in volta* c'è una *maggioranza* — il governo essendo rappresentato, all'interno dell'U.O., dal suo direttore —; tale maggioranza è rappresentata dagli OO. che, *di volta in volta*, aderiscono alle scelte patrocinate dal governo, e che possono essere stati essi stessi a determinare. Qui la maggioranza — va precisato e tenuto presente — non è, *né può esserlo*, numerica; cioè, fa parte della maggioranza non chi fa parte del *maggior numero*, ma chi aderisce, *di volta in volta*, al programma portato avanti dal direttore. Dicevo, quindi: gli OO. che, *di volta in volta*, fanno parte della, o costituiscono la maggioranza, hanno il dovere/diritto (o diritto/dovere) di esprimere il proprio *sostegno*, le motivazioni che lo giustificano. In questo contesto aderire e difendere — come maggioranza — il progetto del governo, non è *piaggeria*, *arruffianamento* e simili; è, come ho già detto, semplice dovere/diritto (o diritto/dovere). Preciserei: l'operatore che, essendo *in quel momento* maggioranza, non difendesse il programma della maggioranza, ad es., per non guastarsi i rapporti con i colleghi, sarebbe in flagranza di *arruffianamento*: per l'appunto verso i colleghi! (Non ci si arruffiana mica solo il direttore! Soprattutto all'interno di un programma che si costruisce e si realizza insieme!)

6. I sotto-progetti.

A. PRIMO ASCOLTO (o: piccola urgenza): affidato a tutti gli operatori.

Tentiamo una prima definizione del primo ascolto: ascolto della domanda, lettura/decifrazione di essa, smistamento, se e quando è il caso, ad altri servizi — più competenti (e questa è già una prima risposta) —, *prima risposta*.

Quando si ravvisi l'opportunità o la necessità di una *presa in carico* — non importa di che tipo — da parte dell'U. O. di Psicologia, viene trasmessa la domanda alle centraline intra-U.O. che assumeranno le decisioni del caso.

Già che abbiamo parlato di presa in carico, dobbiamo precisare che il Primo Ascolto può coincidere anche con una *presa in carico*: nel caso, ad es., che, anche solo all'interno di un unico colloquio — sicuramente molto intenso — venga centrato un problema, vengano individuati dei percorsi, vengano concordate delle modalità di impegno su questi ultimi. Lo psicologo potrà stabilire un successivo appuntamento da lì ad un mese (o concordare che l'utente lo richiami *sua sponte*, etc...). In questo caso si ha una *presa in carico*, anche se l'incontro, sicuramente *ad altissima valenza terapeutica*, non è considerabile equivalente ad un trattamento psicoterapico; non si parlerebbe, altrimenti, di presa in carico! Se lo si fa è proprio perché è stato avviato un lavoro; ma, tale lavoro, è affidato all'impegno che l'utente ci metterà, anche se all'interno di un rapporto ormai stabilito, e solido, collo psicologo. L'utente ricorrerà allo psicologo con la periodicità la più varia... È possibile che tale tipo di presa in carico, per potersi concludere con l'acquisizione di una piena autonomia da parte dell'utente, debba contemplare un momento di vero e proprio trattamento, anche se di breve durata.

Questo aspetto del Primo Ascolto è particolarmente importante; ci permettiamo di considerarlo addirittura *cruciale*. Su di esso sono state già programmate iniziative di interaggiornamento/aggiornamento.

Il primo ascolto:

1. avviene presso tre *sportelli*: il presidio ospedaliero, via Ferrucci e via Gherardi;
2. ha periodicità trisettimanale (2vv. in orario antimeridiano, 1 v. in orario post-meridiano);

3. è coordinato dal responsabile dell'U.O. in collaborazione col C.U.P. (Centro Unico Prenotazioni);
4. è realizzato — con una turnificazione di tre mesi — da tutti gli OO., indifferentemente se prevalentemente impegnati sul versante/*adulti* o su quello dell'*infanzia*, essendo questa — tra adulti e infanzia — una barriera che si intende sbrecciare a favore di una *specializzazione più articolata* in singoli settori della professionalità dello psicologo.

B. URGENZA: affidata a tutti gli operatori.

L'utilizzabilità di una sede anche presso il presidio ospedaliero, oltre che finalizzata a tenervi aperto uno sportello per il primo ascolto, è anche finalizzata 1) a farvi convergere tutte le attività intra-ospedaliere; 2) a svolgervi gli interventi legati all'urgenza, all'interno del costituendo Dipartimento dell'Urgenza e dell'Emergenza.

Ritengo, infatti, a proposito del punto 2), che la professionalità dello psicologo sia utilizzabile proficuamente nel momento dell'urgenza, in particolare dell'urgenza finora definita solo psichiatrica, che è invece anche urgenza psicologica³⁹.

Ritengo che un ascolto psicologico, ed una prima risposta psicologica — *indifferentemente poi se prestati da uno psicologo o da uno psichiatra* (sono però qui a proporre la collaborazione dell'U.O. di Psicologia) — siano fondamentali nel momento dell'urgenza. E ritengo che essi — ascolto e prima risposta — *debbano poter avvenire prima e non dopo l'intervento sedativo*, psicofarmacologico.

Non voglio qui — non è la sede — soffermarmi sui vantaggi/svantaggi dello psicofarmaco, dell'uso combinato dell'intervento psicologico e di quello psicofarmacologico⁴⁰; ritengo però che, nel momento dell'urgenza, sia fondamentale (come dirò tra

³⁹ Non è questa la sede per tentare una prospettazione dei momenti salienti della storia dei rapporti tra psichiatria e psicologia. Fatto sta che la figura recente — essa data dall'85 — dello *psicologo psichiatrico*, attraverso una *contaminazione* linguistica ed istituzionale, testimonia l'attualità di un avvicinamento molto significativo tra le due professionalità, psichiatria e psicologia (vedi Cesario, 1987b).

⁴⁰ Vedi l'esperienza interessante di La Borde (a proposito del *cocktail* di interventi chemioterapici, sistemoterapici, psicoterapici, etc. [Polack, Sivadon-Sabourin, 1976]); in contrasto, tra le altre, la posizione di Lai (Lai 1989a, p. 4): "mediante la psicoterapia si aiuta il paziente a dire, mentre con la farmacoterapia lo si aiuta a tacere" — a parte che ci sono diversi altri modi di mettere a tacere il paziente, anche psicoterapici! —.

breve: anche *economico*) tentare di ascoltare la domanda fattasi urgente, e, proprio perché urgente: drammatica; quindi, da una parte *più oscura*, ma, dall'altra, per l'esperto — che è poi l'interessato che si è dotato per realizzare il proprio interesse (all'ascolto-comprensione) — *più chiara*; e tentare di dare una prima risposta ad essa prima che l'urgenza, la drammaticità, anche la *drammatizzazione* — da intendersi nel senso della *messa in scena*, quindi, tendenzialmente, della *più chiara esibizione* dei bisogni — sia sedata, eliminata, dallo psicofarmaco.

Porsi all'ascolto in un momento successivo all'urgenza (in prima istanza sedata) è sostanzialmente organizzare un vero e proprio *spreco*: quello delle energie psico-fisiche che il paziente ha erogato per poter mettere in essere la crisi.

C. PRESENZA NEL PRESIDIO OSPEDALIERO: affidato, progressivamente, a tutti gli operatori.

Sentiamo il bisogno di segnalare anche una fase ormai superata di questo sotto-progetto, fase in cui esso era anche diversamente intitolato; tra l'altro, lo *scorcio* storico che forniamo indica il nostro interesse alla cosa e l'impegno che intendiamo profondervi.

Lo psicologo ha, da molto tempo, l'abitudine ad un rapporto di collaborazione professionale con lo psichiatra e col neuropsichiatra infantile; da meno tempo (nel C.M.A.S., G.O.T., adesso SERT) col tossicologo. Non ha avuto, e non ha, rapporti consuetudinari col altri specialisti.

A Prato si è creata una situazione nuova, *sui generis*:

1. da molto tempo è in corso un'esperienza di collaborazione della psicologia, rappresentata dalla dott.ssa Mariacarla Sinnati, con *Chirurgia 2* (prof. Domenico Borrelli). L'esperienza ha riguardato il ristretto ambito della *senologia*, e, inoltre, si è svolta nella cornice di una serie di ricerche (vedi le note bibliografiche) con risvolti di intervento;
2. da qualche tempo c'è una *domanda* di psicologia da parte del reparto di *Malattie Infettive* (dott. Francesco Leoncini), soprattutto a proposito dei malati di A.I.D.S..

La nuova gestione non ha avuto difficoltà a incoraggiare il proseguimento della prima esperienza; ha invece trovato difficoltà a far decollare la seconda. Ad un certo punto ha pensato, e forse ha avuto — si vedrà meglio in seguito come mai — l'idea infelice di accorpate i due tipi di intervento, quello (sul malato oncologico) ormai

collaudato, e quello (sul malato A.I.D.S.) ancora tutto da inventarsi, dentro un'unica cornice: quella dell'intervento sul malato terminale, oncologico, A.I.D.S., etc....

Questo *etc.*, era importante; perché esso stava ad indicare:

1. l'intenzione di impegnarsi a rispondere ad una serie di *altre domande di psicologia* che sarebbero pervenute da altri reparti. Cosa che, ad un certo punto, ha cominciato a succedere: ad es., con la domanda di intervento dell'U. O. di Anestesiologia nell'ambito della terapia del dolore (prof. Mario Romoli). Peraltro, in previsione di ciò, abbiamo chiesto ed ottenuto, due spazi presso il presidio ospedaliero — ormai completamente attrezzati — ove svolgere, già adesso, gli interventi di Primo Ascolto; in futuro quelli dell'Urgenza e dell'Emergenza; infine tutti quelli che saranno predisposti per soddisfare le variegate domande che ci perverranno dai vari reparti;
2. la previsione che, in ogni modo, il nostro tipo di intervento si sarebbe potuto concretizzare solo nella forma della *consulenza*; di quella che abbiamo, nelle parti più *teoriche* della *Bozza di Progetto*, più volte richiamato come socializzazione (a doppio binario) delle competenze tra OO..

Cerchiamo di individuare le suggestioni che il titolo "Intervento sul malato terminale" suscitava e l'errore che non gli ha permesso di decollare.

Le suggestioni: ritenevamo che a un rischio, proprio per deviazione professionale, il medico era inevitabilmente esposto: quello, ben noto, dell'*accanimento terapeutico*: cioè, quello legato al tentativo di mantenere a tutti i costi in vita un paziente ormai destinato a morire, in ciò facendo consistere ed esaurire tutto il proprio intervento. Forse, quel paziente, bisognerebbe anche *aiutarlo a morire!* Il valore della sopravvivenza del paziente può rischiare di diventare un valore non tanto per il paziente quanto per il medico, proprio perché la morte del paziente è, potenzialmente, in grado di togliere *senso* alla funzione stessa del medico; di darle un colpo, come dire, quasi mortale.

Ritenevamo, per contro, che proprio un'altra simmetrica deviazione professionale, quella dello psicologo, potesse funzionare come neutralizzazione/compensazione della prima. Infatti lo psicologo è abituato a lavorare l'angoscia del paziente; angoscia che ha diversi gradi e diversi esiti⁴¹. Ed è forse l'angoscia che l'incombere della

⁴¹ Searles (1965, p. 472) sostiene che all'origine della schizofrenia ci sia "semplicemente la paura-angoscia della morte". Freud, negli ultimi suoi

morte sul paziente, e sugli operatori che lo assistono, la vera responsabile dell'accanimento terapeutico; dove per accanimento nella cura si intende l'*eccesso* nella cura del male che sta producendo l'esito fatale, a cui fa da *pendant* il *difetto* nella cura dell'angoscia implicita nella situazione complessiva che coinvolge paziente e curante/curanti.

Dicevamo, lo psicologo è abituato a lavorare l'angoscia; spesso tale angoscia è angoscia del cambiamento, e si presenta anche nella forma di angoscia della *guarigione come cambiamento*⁴². Quasi che la metafora evangelica della *morte del vecchio uomo* (Cesario 1988c) fosse presa alla lettera. Come dire, provoca angoscia non solo la morte intesa in senso letterale, ma anche la morte intesa come fine di una fase della vita; e di tali morti è disseminata la vita di tutti.

L'errore: gli psicologi hanno reagito come ad una *riduzione* del loro ruolo a quello del sacerdote che impartisce l'estrema unzione. Ed hanno, in un modo o nell'altro, rifiutato di impegnarsi nell'iniziativa. L'accentuazione cioè dell'aspetto *terminale* del fenomeno ha fatto temere che non si trattasse di un modo pregnante per designare il problema, ma solo e semplicemente dell'assegnazione, allo psicologo, della funzione di *curandero* al capezzale del morituro. Mentre, nelle intenzioni, si trattava, come si è cercato di spiegare, dell'attivazione di un *dialogo* tra psicologo e medico, imperniato proprio sulle rispettive dotazioni professionali, in esse comprese anche le rispettive deviazioni professionali⁴³.

Allo scopo di superare l'*impasse* che si è venuta creando, si è quindi deciso di adottare la nuova formulazione del sotto-progetto. Che vede lo psicologo come *consulente* a disposizione per chiarire che cosa può fare e che cosa invece non può fare, né deve fare, come psicologo presso il presidio ospedaliero. Ci sembra una

scritti (1937) ritiene che la castrazione (con l'annessa angoscia) sia legata alla perdita come *perdita della vita* (non è il caso di scomodare Kierkegaard, Sartre, Heidegger...; nel caso, scomoderemmo, il primo per la *malattia mortale* [1840], il secondo per l'*essere-per-la-morte* [1927]).

⁴² Vedi Freud 1937; *si parva licet*.: Cesario 1988d.

⁴³ Non sarebbe necessario precisarlo, ma, al fine di evitare ogni equivoco, facciamolo: il malato è di *pertinenza del medico*; quest'ultimo, giustamente, *distingue* il piano medico da quello psicologico; egli ha una sua competenza psicologica che utilizza in vari momenti e in vari modi; quando si trovi a fronteggiare una situazione di *acuta e prolungata sofferenza psichica* — associata alla sofferenza fisica — può ricorrere alla consulenza dello psicologo per sé e/o per il malato o la famiglia di quest'ultimo.

sperimentazione molto interessante, sia sul piano culturale che su quello professionale; ci auguriamo che tutti contribuiscano al buon esito della stessa. Per buon esito intendiamo la definizione degli ambiti di competenza, delle possibilità di scambio delle medesime etc...

Programmaticamente:

1. l'intervento in ambito oncologico — condotto dalla dott.ssa Mariacarla Sinnati, semplicemente prosegue; viene casomai esteso: 1) dal campo della *senologia* a quello della *colonstectomia*; 2) da *Chirurgia 2* (prof. Domenico Borrelli) a *Chirurgia 1* (prof. Mario Mori). Come s'è già detto, tale intervento è ormai datato; esso è iniziato come collaborazione all'interno di ricerche/intervento, ma si è presto ritagliato anche uno spazio di intervento strettamente clinico⁴⁴; indichiamo in nota gli spazi ed i momenti operativi⁴⁵;
2. i drr. Salvatore Cesario e Dario Degli Innocenti, lavorano da qualche tempo, all'interno di un ambulatorio, fianco a fianco, con i colleghi di *Malattie Infettive*, allo scopo di mettere a fuoco la domanda di psicologia che essi pongono, nella speranza di trovare una risposta adeguata;

⁴⁴ Nella prima parte dell'attività il gruppo di lavoro ha lavorato alla rilevazione dello *status* della casistica, allo scopo di verificare se i dati presenti nella letteratura corrispondessero, e in che misura, con la realtà pratese. Lo *staff* ha focalizzato l'attenzione sui casi della *senologia* (attualmente sta estendendo l'interesse anche ai *colonstectomizzati*). Dopo una prima collaborazione *a braccio*, il gruppo di lavoro ha stabilito che un lavoro di ricerca poteva essere un tramite per arrivare a:

- leggere in modo più preciso la realtà pratese sul versante medico (decorso della malattia, qualità della sopravvivenza etc);
- analizzare le tematiche psicologiche attivate dalla malattia (convivenza con la minaccia di morte, reazioni dei componenti la famiglia del malato, problematiche nella sfera sessuale, etc.), allo scopo di formulare un *protocollo* psicologico di intervento, ad integrazione di quello medico;
- costruire quindi un *servizio* efficiente, che accompagnasse le malate nell'*iter* della malattia.

⁴⁵ La dott.ssa Mariacarla Sinnati, il giovedì (ore 12.00-14.00), è presente in *Chirurgia 2*, dove lavora sul versante clinico e su quello della ricerca; ha, disponibili altre due ore, come dire: *volanti*, per poter rispondere alle richieste urgenti; sempre in *Chirurgia 2* lavora in compresenza con i colleghi medici nella lettura delle problematiche dei *colonstectomizzati*; sta impostando un egual tipo di intervento presso *Chirurgia 1*.

3. i drr. Salvatore Cesario e Claudio Benassai hanno inviato una serie di contatti col prof. Mario Romoli che ha chiesto l'intervento dell'U.O. di Psicologia nell'ambito della *terapia del dolore*. A conclusione di una serie di colloqui è stata proposta dalla Commissione Paritetica dell'area medica e decisa dal Comitato di Gestione l'organizzazione di un Seminario, di durata annuale, sull'argomento. Tale seminario sarà diretto dal dott. Giorgio Campanella; i docenti, insieme allo stesso, saranno il dott. Alfio Cantini, il dott. Salvatore Cesario, il prof. Mario Romoli, il dott. Mario Santini. Ad essi è stato dato il compito di definire le finalità del seminario, i suoi destinatari, etc.... L'interesse della cosa consiste anche nel fatto che, all'interno di questa iniziativa, oltre che medici e psicologi, sono coinvolti personaggi come il prof. Giorgio Campanella e il dott. Santini, che, per la loro pluriformazione, possono ben funzionare come *trait-d'union* tra medicina e psicologia.

Ci stiamo, progressivamente, facendo l'idea che l'utilizzazione della competenza psicologica presso il Presidio Ospedaliero, possa avvenire in vari modi; ad es: a) attraverso la *partecipazione ad una medesima ricerca* (vedi il caso della dott.ssa Mariacarla Sinnati); b) attraverso l'*attività in compresenza* (vedi l'attuale intervento dei drr. Salvatore Cesario e Dario Degli Innocenti presso l'ambulatorio di Malattie Infettive); c) attraverso la *consulenza* al medico su di un quesito/problema particolare; nella forma della discussione insieme del caso, discussione eventualmente preparata dal *sopralluogo*, sul caso, da parte dello psicologo; d) attraverso l'organizzazione di *gruppi di discussione della casistica*, di *gruppi Balint*, etc.. Forse, meglio: di *gruppi misti*, di discussione della casistica/Balint⁴⁶. Questi ultimi devono nascere dalla richiesta dei medici. L'Amministrazione si è dichiarata disponibile anche ad un investimento economico in quest'ultima direzione.

Il dott. Mario Santini, che è supervisore delle psicoterapie degli psicologi e dei neuropsichiatri infantili dell'U.S.L. 9, conduttore dei *gruppi Balint* presso il Corso di Specializzazione di Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Firenze, infine medico ospedaliero nell'Ospedale di Prato, risulta, di fatto, destinato a funzionare come *intermediario* tra l'U.O. di Psicologia e i reparti del presidio ospedaliero.

⁴⁶ Vedi Rotondo, a cura di, 1990.

D. PSICOTERAPIA: affidato a tutti gli operatori.

Un presupposto di base — ci si scusi l'endiadi paradossale — è che bisogna evitare le *liste di attesa* (solitamente vere e proprie *liste di proscrizione*), stante la loro generale *infamità*. Quest'ultima, qui, viene posta come assiomatica.

A questo aiutano: 1) il sotto-progetto PRIMO ASCOLTO; 2) il sotto-progetto URGENZA; 3) l'invenzione, caso per caso, di risposte adeguate ad impedire il formarsi di tali liste di attesa/proscrizione.

Tra i vari strumenti penso al *colloquio*⁴⁷ il quale, oltre che consentire una prima risposta, permette di valutare la reale urgenza o il tipo di urgenza. Ritengo che si tratti di arrivare ad una maggiore specializzazione nel colloquio. Spesso un solo colloquio, condotto adeguatamente — sorta di *terapia a brevissimo termine* — anche se non risolve una situazione, vi produce una *svolta* significativa che consente di trasformare l'urgenza in un problema su cui si può (se lo si considera opportuno, ma non necessariamente), progettare, con tutta calma, un intervento di più lunga lena (tutto questo, però, riguarda per l'appunto il primo ascolto).

Penso alle risposte sociali, all'*Hospital Day*... Penso a quella che una volta si chiamava *terapia di rete*⁴⁸ e che, nella politica del territorio intesa come costituzione, moltiplicazione e utilizzazione di nessi, nella politica dei dipartimenti, nell'approccio dis-formativo... trova il suo attuale equivalente (spesso trasformatosi in una *rete di interventi*).

La terapia breve — con approccio psicodinamico, sistemico-relazionale, ipnologico... — sta al limitare tra interventi di urgenza ed interventi di più lunga lena. Probabilmente si tratta di un tipo di intervento in cui gli operatori si debbono ulteriormente specializzare⁴⁹.

C'è infine l'ampio repertorio dei vari interventi psicoterapici, isolati o combinati tra loro; terapia individuale, con indirizzo psicoanalitico, freudiano o junghiano; gestaltistico, sistemico, etc...; terapia di coppia (rivedi i vari indirizzi); terapia della famiglia (di

⁴⁷ Nella vastissima, non sempre interessante, letteratura sull'argomento, ricordo Lai, 1976.

⁴⁸ Cesario 1987a, pp. 6, 59-60, 64, 70-74.

⁴⁹ Serve, a questo proposito, ricordare che una delle precondizioni della terapia breve è proprio l'urgenza con cui il paziente vive il suo stato di malessere; nella terapia breve l'urgenza, e il *vissuto dell'urgenza*, tengono, forse, il posto del *transfert* nelle terapie a più lunga scadenza.

nuovo...); terapia di gruppo...; terapie corporee (*training-autogeno, gestalt, bioenergenica, eutonia ...*).

Riprendendo quanto sopra esposto, alla Nota 12, a proposito dell'intervento sulle frange intermedie, vorrei proporre la considerazione della psicoterapia, anche quando fatta su di un singolo paziente, come intervento su di un operatore intermedio: in questo caso intermedio tra lo psicoterapista e i vari potenziali utenti che il paziente incontra e incontrerà (in famiglia e fuori). Questo perché della psicoterapia, spesso ingiustamente, si ha l'idea che sia un intervento, se non sterile, per lo meno antieconomico. Basterebbe però contestualizzarla all'interno della rete degli altri interventi e considerarla, come abbiamo appena proposto, come intervento sulle frange intermedie, per riuscire ad apprezzare l'investimento che in esso viene fatto di energie umane e di quattrini.

All'intervento squisitamente psicoterapico vanno infatti affiancati interventi *a valenza* psicoterapica che, talvolta, richiedono una professionalità più fine di quella richiesta dagli interventi *francamente* psicoterapici; non dico questo per svilire questi ultimi ma per riabilitare i primi; i quali, come dicevo, hanno il vantaggio di creare *un'onda lunga* psicoterapica. (È evidente che un lavoro continuato *ad infinitum* sui medesimi operatori intermedi — ad es., sugli stessi insegnanti — è segno che qualcosa non va; infatti gli operatori intermedi, in questo caso, sono diventati, da *operatori* [e *intermedi*], che dovevano essere, *utenti* [e *stabili*], che non dovevano essere⁵⁰.) Si tratta inoltre di programmare momenti di riflessione. A disposizione ce ne sono di due tipi:

1. quello della supervisione, attualmente affidato al dott. Mario Santini. Penso che potrebbero essere trovati, in futuro, altri canali ancora; alcuni canali sono stati già aperti attraverso l'utilizzazione di alcune proposte dell'*aggiornamento obbligatorio* (mi riferisco alle proposte dell'U.S.L. di Arezzo); questo per assecondare le diverse specialità formative degli operatori⁵¹ e tenendo sempre presenti i due seguenti criteri:

⁵⁰ Queste osservazioni possono fornire l'ottica all'interno della quale sono state fatte alcune scelte nel *Protocollo di Intesa*.

⁵¹ Potrebbe apparire logicamente contraddittorio il ricorso ad una supervisione specialistica — cioè omogenea alla formazione del terapeuta — coll'approccio dis-formativo sopra descritto — centrato, come si ricorderà, sugli spazi di intersezione tra diverse formazioni —. Non lo è pragmaticamente, nell'ottica dell'accettazione di un punto di vista/bisogno dell'operatore diverso da quello del direttore dell'U.O.. In

- a. il supervisore non può essere scelto tra i superiori gerarchici;
- b. il supervisore deve essere di gradimento del supervisionato.

Entrambi i criteri sono finalizzati a garantire la funzionalità della supervisione.

Mentre il momento/supervisione è prevalentemente centrato sul rapporto affettivo supervisore/supervisionato — in cui si suppone trasferito il rapporto affettivo psicoterapista/utente — e utilizza *tecnicamente* quest'ultimo⁵², il momento/Laboratorio è prevalentemente centrato sulle *tecniche* (conversazionali).

Forse le precisazioni che collochiamo qui — relative 1) a *chi* (quale operatore) *nei Servizi* ha la *competenza psicoterapica*, e quindi il dovere di esercitarla, 2) a *chi* è *l'utente* che *nei Servizi* può e deve accedere alla fruizione della psicoterapia — avremmo dovuto collocarle all'inizio, quasi come una *premessa*. Il fatto è che, su questo argomento, ci sono molti aspetti che sembrano meritare, data la loro effettiva rilevanza, il rango di *premessa*.

1. *Chi (quale operatore), nei Servizi, ha la competenza psicoterapica, e, quindi il dovere di esercitarla.*

Va chiarito che questo sotto-progetto deve essere gestito in stretta collaborazione con le UU.OO. di Psichiatria (1 e 2) e di Neuropsichiatria Infantile. È infatti ipotizzabile che anch'esse abbiano un sotto-progetto PSICOTERAPIA (anche se, eventualmente, diversamente qualificato).

La recente legge sull'Albo degli Psicologi (56/89) è, tra l'altro, anche il frutto di un chiarimento sulla *competenza* psicoterapica. Sappiamo che l'*elenco* degli psicoterapisti sarà intermedio rispetto ai due Ordini professionali (dei medici e degli psicologi); sarà cioè composto da quei medici e da quegli psicologi che avranno potuto dimostrare di possedere la preparazione adeguata. Ci sarà un periodo di sanatoria etc...

ogni caso non è contraddittorio collo spirito dell'*accademia*, dove i mille fiori che possono continuare a fiorire (i fiori stanno qui al posto delle scuole) fioriscono all'interno di un unico giardino (il giardino sta qui per il luogo dis-formativo, di intersezione, di confronto; non di sintesi, né di sincretismi, né di altro).

⁵² Nella vasta letteratura cito solo l'esemplare Searles, 1965.

Ne deriva che tutte e quattro le UU.OO. sopracitate *sono abilitate* ad erogare psicoterapia; e che, a meno di accordi che possono essere stipulati anche in sede di D.S.M., *debbono* erogarla.

Alle spalle abbiamo una prassi che, oggi come oggi, può risultare confusiva (non conosco la situazione pratese, ma conosco molto bene quella fiorentina). Secondo tale prassi lo psichiatra e il neuropsichiatra infantile *inviavano* allo psicologo l'adulto o l'infante che consideravano bisognoso di psicoterapia e lo psicologo era ben felice di rispondere positivamente alla richiesta.

Se si considera che, a quell'epoca, la psicoterapia era di *esclusiva* competenza del medico (*in quanto medico*, non in quanto medico preparato alla bisogna psicoterapica) e che allo psicologo era invece precluso l'esercizio della psicoterapia, anche se eventualmente egli era competente ad esercitarla (erano previste — anche se non sono mai state erogate — sanzioni penali), la prassi di cui sopra risulta abbastanza illuminata:

1. essa poteva realizzarsi soltanto in un periodo di transizione, quello, per l'appunto, che è sfociato nella L. 56/89;
2. la facilità con cui lo psicologo rispondeva alle richieste si spiega *anche* col fatto che, proprio facendo psicoterapie — e dietro invio/autorizzazione dello psichiatra/medico — egli accumulava frecce nella sua faretra (non dimentichiamo che, praticando questo *escamotage*, alcuni psicologi hanno ottenuto [art. 14 della L. 207/85] l'equiparazione ai medici); cioè si accreditava sempre più come psicoterapista; e, stranamente, anche come psicologo; quasi che essere psicoterapista desse sostanza al profilo professionale dello psicologo, altrimenti troppo debole;
3. la cosa interessante — si tratta di un vero e proprio *fenomeno culturale e di costume* — è che, mentre lo psicologo — che non aveva alcuna competenza giuridica — faceva le psicoterapie, non le faceva invece lo psichiatra il quale, lui sì, in quanto medico, non in quanto psichiatra, aveva titolo giuridico, ma, spesso, anche professionale, per farle.

Questa fase essendo ormai passata, la prassi che l'ha caratterizzata è anch'essa destinata ad essere archiviata.

2. Chi (quale utente), nei Servizi, può e deve accedere alla fruizione della psicoterapia.

Prima di segnalare i primi approdi del nostro sforzo intellettuale a questo proposito, vogliamo ricordare che, sono ormai alcuni mesi, abbiamo proposto al *Collegio dei Primari*, ed all'Amministrazione,

nell'ambito del costituendo (a Prato) *Ospedale di Insegnamento*, di istituire un *momento* (preferirei non parlare di *Scuola*, anche se probabilmente bisognerà accettare questa denominazione) di *formazione alla psicoterapia nei Servizi Pubblici*. Tutti sappiamo — per lo meno intuiamo — che quest'ultima è diversa da quella erogata nei Servizi Privati... Ma, il fatto su cui attiriamo l'attenzione è che l'Università, oggi come oggi, ma sicuramente ancora per molto tempo, non è in grado di soddisfare questo bisogno di formazione; essa aumenterà di qualche unità le Specializzazioni in *Psicologia Clinica...*; ma la scelta di *ripiego*, peraltro già avviata, sarà/è quella di convenzionarsi con alcune *Scuole di Formazione* private. Appare non solo sensata, ma anche culturalmente e politicamente valida, la scelta di chiedere che, all'*Ospedale di Insegnamento* di Prato, sia affidato il compito di provvedere alla formazione in un settore — quello della psicoterapia nei Servizi Pubblici — in cui nessuno come un ente pubblico è in grado di erogarla!

Veniamo adesso ai punti di carattere molto generale sui quali ci è sembrato di aver raggiunto un chiarimento (si tratta, in gran parte, della ripetizione di cose già dette più sopra):

1. la psicoterapia è, al momento attuale, l'unica specializzazione dello psicologo riconosciuta⁵³; è però necessario precisare "più profili di psicologi specialisti"⁵⁴;
2. la psicoterapia è di competenza, oltre che dell'U.O. di Psicologia, delle UU.OO. di Psichiatria (1 e 2) e di Neuropsichiatria Infantile; è cioè una *specializzazione* in cui *confluiscono* profili professionali diversi;
3. il Primo Ascolto è il momento in cui — oltre a fare quanto sopra precisato, si fa anche un intervento sulla piccola urgenza; battendo il ferro finché è caldo (e riscaldandosi, come operatori, a livello dell'incandescenza del problema del paziente⁵⁵).

Elenchiamo invece i criteri/guida da utilizzarsi per la scelta di chi (e come) avviare ad una psicoterapia — siamo sempre a livello di ipotesi, che stiamo sperimentando e che siamo interessati a discutere con i colleghi psichiatri e neuropsichiatri:

⁵³ Ranzato, 1990.

⁵⁴ Ib., p. 33.

⁵⁵ L'intervento sull'urgenza piccola o grande, essendo favorita, per l'appunto, dall'evidenza conclamata dei problemi, richiede, come strumento, la tempestività/rapidità dell'approccio, da intendersi non solo in termini cronologici ma soprattutto logici e psicologici.

1. tentare, al livello del Primo Ascolto/Piccola Urgenza di risolvere il massimo possibile di situazioni *subito*; nell'arco di *un solo* incontro; o di pochissimi incontri (che significa due o tre; altrimenti si sconfina in quello che si conosce come *terapia breve*);
2. solo situazioni in cui sia evidente una psicopatologia *in atto* o il *rischio* di una psicopatologia devono essere riproposti ai colleghi (delle quattro UU.OO.) per una eventuale presa in carico psicoterapica. Un comportamento diverso potrebbe *indurre* un *bisogno di psicoterapia*. Considero legittima tale induzione da parte di un operatore privato: il servizio pubblico però non se la può permettere;
3. ne consegue che i casi che si prendono in carico sono quelli *gravi/gravissimi*. A questo proposito può essere utile precisare a) che i gravi/gravissimi possono fruire di una psicoterapia, quindi di un intervento psicologico⁵⁶; b) che, nei casi gravi/gravissimi, spesso è considerata fondamentale la collaborazione tra intervento psicologico e intervento psicofarmacologico; c) che tale collaborazione può avvenire, oltre che tra uno psicologo ed uno psichiatra, tra due psichiatri;
4. qui ritorno sul già detto: alla pratica dell'*invio unidirezionale* da parte dello psichiatra o del neuropsichiatra infantile allo psicologo, deve sostituirsi quella dell'*invio a doppio senso*. Uno dei criteri, sulla base dei quali ricorrere all'invio, può essere la considerazione che, nel caso di un particolare utente, sia più opportuno un *setting* in cui è specializzato un determinato operatore (psicologo, psichiatra o neuropsichiatra infantile);
5. esistendo diversi *setting*, e ogni *setting* essendo determinato dalla biografia dell'operatore che l'ha inventato oltre che dal contesto storico più ampio in cui è nato⁵⁷, proporrei un *setting dell'operatore pubblico* flessibile al massimo. Questo può significare diverse cose:
 - a. nell'ipotesi, ad es., di una psicoterapia senza scadenza contrattata (come sarebbe invece il caso della *terapia breve* di dieci/dodici sedute) — e, perché no, anche in questa fattispecie — adottare una scadenza (degli incontri) non necessariamente settimanale. Ad es., una scadenza quindicinale o mensile. Questa è, peraltro, una scelta programmatica, argomentata anche teoricamente, nell'approccio sistemico-relazionale della famiglia, non motivata solo da ragioni di economia di tempo e di

⁵⁶ Vedi il sotto-progetto URGENZA.

⁵⁷ Cesario 1988a.

quattrini. È chiaro che passare da una scadenza settimanale ad una mensile consentirebbe di quadruplicare le possibilità di intervento. È anche chiaro che l'operatore sarebbe oltremodo appesantito; perché una cosa è il peso psicologico di dieci storie, un'altra quello di quaranta storie! Ma un bel po' di tempo potrebbe essere dedicato alla discussione dei casi (supervisione, intervizione, Laboratorio, etc.), alla progettazione-insieme dei successivi interventi. Ogni psicoterapia risulterebbe in qualche modo *fatta dal gruppo* e quindi — verrebbe naturale sperarlo — *fatta meglio!*

- b. quando è il caso, in funzione dei bisogni del paziente e dell'efficacia dell'intervento, affidare al paziente stesso la *convocazione* dell'incontro successivo; ad un certo punto dell'*iter* terapeutico, una volta aperto un *conto corrente* di fiducia col paziente, una volta *impostato* il *lavoro* terapeutico, affidare al paziente il compito di proseguire da solo, salvo periodiche *consultazioni*, etc...

Questi ed altri *espedienti*, che sono poi veri e propri nuovi *marchingegni* psicoterapici, nuovi *setting*, possono e devono, secondo me, nei Servizi, essere inventati. Ricordiamo che l'invenzione di nuove forme in cui calare addirittura lo stesso *setting*, ha ormai una lunga storia: essa comincia già in Freud, quest'ultimo sollecitato peraltro da Ferenczi^{58 e 59}.

⁵⁸ Vedi, a livello di buon manuale, Flegenheimer, 1982; mi permetto di suggerire Cesario 1988b e 1988c.

⁵⁹ Riporto per intero l'ALLEGATO 2 alla lettera — prot. n. 116/91 — spedita il 20.3.'91 ai Responsabili delle UU.OO. di Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile; in essa chiedevo con urgenza un incontro, in sede di D.S.M., sul tema della psicoterapia. L'ALLEGATO 2 conteneva lo *status* della psicoterapia così come risultava da una ricerca fatta dalle dott.sse Odette Poignet ed Anna Benesperi. Riporto l'ALLEGATO tale e quale.

Sinteticamente:

1. Più di 1/3 degli OO. attualmente attivi presso l'U.O. (12) è impegnato *a tempo pieno* nel settore (con 153 casi e 465 ore mensili). Se si tiene conto a) del tempo dedicato alla supervisione ed all'intervisione, b) del fatto che è impensabile un carico di 39 sedute settimanali per un singolo operatore, si può considerare impegnata nel settore *più della metà degli OO.* La cosa è francamente inaccettabile, data la necessità sia di conservare l'operatività in altri settori già consolidati, sia di farla decollare in settori nuovi.

-
2. Circa 1/4 dei casi seguiti (nell'insieme:153) sono, per definizione degli OO., gravi, 1/2 medio-gravi, 1/4 lievi. Il sottoscritto ha chiesto *formalmente* ai colleghi di avviare ad una *rapida* conclusione il trattamento di questi ultimi, allo scopo di rendere possibile l'*eventuale* presa in carico di altri utenti. In questo momento le richieste di psicoterapia sono 6 (ereditate dai colleghi assenti) + 6 (inviata dai colleghi psichiatri) + 15 (provenienti dal *Primo Ascolto*, corrispondenti al 20% circa degli utenti che hanno fatto, finora, ricorso a quest'ultimo) = 27. Il sottoscritto ha però *formalmente* sospeso ogni presa in carico in attesa di un chiarimento in sede di D.S.M..
 3. Più di 1/3 del totale delle ore lavorate nel settore (181 su 465; se si calcola *in casi*, si tratta di 65 casi su 153) è lavorato su casistica inviata dalle UU.OO. di Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile. Se si arrivasse ad una riduzione della pratica dell'invio da parte delle UU.OO. suindicate; o alla pratica di un invio *concordato*, possibilmente *a doppio senso*, ne deriverebbe un bel po' di ossigeno all'U.O. di Psicologia.

Alcuni altri dati interessanti:

1. Le psicoterapie in corso (153) sono così suddivise, rispetto all'età dell'utente ed al *setting* dell'operatore: 90 adulti (di cui 11 terapie familiari e 1 terapia multicoppie), 63 infanzia.
2. Le sedute mensili sono 441 (204 adulti, 219 infanzia [inoltre, 18 familiari, 24 multicoppie]).
3. Se si considera la periodicità delle sedute: per 6 casi essa è di 2 vv. la settimana, per 65 di 1 v. la settimana, per 56 di 1 v. ogni due settimane, per 28 di una volta il mese. Se si guarda agli OO.: 2 utilizzano la periodicità di 2 vv. la settimana, tutti quella di 1 v. la settimana, 10 quella di 1 v. ogni quindici gg., 8 quella di 1 v. al mese. Il sottoscritto ha già *invitato* i colleghi ad avvicinarsi progressivamente allo *standard* di 1v. ogni 2 settimane/1 v. al mese.
4. Se si considera la distribuzione del carico per O.: si va da un massimo di 26 casi per O., ad un minimo di 7; la media è di 12. (Calcolando sulla base delle ore/sedute, si va da un massimo di 19 ore/sedute settimanali, ad un minimo di 3; la media è di 9.) Il sottoscritto ha *formalmente* comunicato l'opportunità di attestarsi su di uno *standard* comune. (Mosher e Burti suggeriscono uno standard di "*non più* di 20 casi attivi" per ogni membro dell'*équipe* [Mosher e Burti, 1989, p. 163; vedi anche p. 383]. Bisogna tener presente che M. e B. si riferiscono all'*équipe* che, sul territorio, si occupa di psicotici e di psicotici gravi, dei più gravi.)
5. 6 casi del Primo Ascolto (6 su 52 = il 5% circa) sono stati inviati dai colleghi psichiatri; ad un invio (con richiesta formale di psicoterapia) è sicuramente preferibile un passaggio *concordato*

D. ETÀ EVOLUTIVA: (G.O.I.F.⁶⁰, PREFORMAZIONE, GRAVISSIMI etc.): affidato come segue:

- sotto-progetto G.O.I.F.: affidato alle dott.sse Elena Del Bianco, Giuliana Missio, Vanna Vocino;
- sotto-progetto HANDICAP NELL'ETÀ EVOLUTIVA: affidato alle dott. sse Silvana Bonetti, Elena Del Bianco, Maddalena Frilli, Giuliana Missio, Vanna Vocino;
- sotto-progetto GRAVISSIMI: affidato alla dott.ssa Giuliana Missio;
- sotto-progetto PREFORMAZIONE: affidato al dott. Lorenzo Lenzi;
- sotto-progetto: LABORATORIO ZONALE AUSILII: affidato alla dott. Vanna Vocino.

Sinteticamente, o meglio: per punti.

1. Rimando anche ad alcuni artt. del nuovo *Protocollo di Intesa* (recentemente stipulato tra U.S.L., Comuni, Provveditorato agli Studi); per sottopunti:
 - a. alla necessità di fare, anche in questo settore, delle scelte (vedi al punto 6), la parte che recita: "In base alle indicazioni specifiche emerse dai vari contributi [all'interno del Gruppo di Lavoro Pluriprofessionale], e *secondo la rilevanza dei casi*, il gruppo di lavoro elabora una strategia di intervento [...].);
 - b. all'opportunità di costituire un *pool* di tutte le "forme particolari di sostegno" (L. 517/77, C.M. 199/79) integrate tra loro con le varie "attività integrative scolastiche" (stessa legge e stessa circolare) ed extrascolastiche (i vari *Laboratori*), al fine di fornire al corpo docente un flusso *costante* di sussidi didattici e di strategie educative per la didattica normale e per quella speciale, un vero e proprio *Teacher Center* (vedi il punto 3))⁶¹;

del caso. Si è deciso di *non* accogliere, né in sede di Primo Ascolto né in sede di presa in carico, gli utenti così inviati e di contattare i colleghi (farsi contattare da essi).

6. A proposito degli invii, due rilievi interessanti: a) gli autoinvii sono 1/4 del totale, b) gli invii dei medici curanti sono 1/3 del totale.

⁶⁰ Il *Gruppo Operativo Interdisciplinare Funzionale* (Del. Reg. 335/87) organizza gli interventi sull'handicap.

⁶¹ Prato (e il suo comprensorio), sotto questo rispetto, sono particolarmente avvantaggiati: esistono, oltre numerosi laboratori disseminati dentro e fuori le scuole, iniziative a pieno titolo equiparabili a forme particolari di sostegno: mi riferisco al *Centro Sussidii*, gestito

- c. all'opportunità di ricorrere, per l'avvio di questo *pool* integrato, ad un momento di supervisione terzo, esterno agli enti stipulanti e confluenti nel *pool* (che è stato, come riferimento generale, individuato nell' Associazione Intercomunale (sempre al punto 3)).
2. C'è stato, nel corso delle trattative intra-usline, relative al *Protocollo di Intesa*, una certa preoccupazione per un temuto *sganciamento* dall'area dell'Età Evolutiva programmato dal direttore dell'U.O. di Psicologia. Questo vissuto aveva un *nucleo di verità*; tale nucleo di verità corrisponde alla mia ferma convinzione che l'U.O. di Psicologia è, e deve essere, qualcosa di decisamente diverso dal C.M.P.P. (Centro Medico Psico Pedagogico) degli anni '60/'70. Tutto qui.

Cerco di essere più chiaro. A mio avviso, la divisione netta tra operatori *degli adulti* e *operatori dell'infanzia*, che io eredito malvolentieri e che cerco di superare (vedi, tra l'altro, il mio affidare i primi quattro sotto-progetti *a tutti* gli operatori), si spiega anche con un'*anacronistica sopravvivenza*, all'interno dell'U.S.L., di una sorta di C.M.P.P.. In poche parole, gli operatori dell'infanzia, in assenza di un'U.O. di Psicologia costituita ed operante, in passato, hanno lavorato — e forse diversamente non avrebbero potuto fare — come operatori di un C.M.P.P.. Col risultato: a) di gravitare nell'area dell'U.O. di Neuropsichiatria Infantile, costituendo una sorta di *appendice* di quest'ultima; b) di confluire con un certo *ritardo*, dal profilo professionale dello psicopedagogista, che è stato il profilo professionale di partenza di molti, in quello dello psicologo⁶².

dall'Amministrazione Comunale (Ass. alla P.I.), al *Laboratorio Zonale Ausilii* (gestito dall'U.S.L., inaugurato il 16 3.'91).

⁶² Non va trascurato il fatto che ci sono altri operatori chiamati all'impegno nel settore, oltre i neuropsichiatri e gli psicologi. Ricordo solo la L. 61/90, Allegato 11.2.4 b): "[...] può essere assegnato dalla U.O. di riabilitazione funzionale al D.S.M., per gli interventi di socializzazione e reinserimento dei pazienti psichiatrici e dei minori *in condizione di disagio psichico* (c.n.), il personale già operante nell'ambito della tutela della salute mentale con funzioni riabilitative, avente qualifiche di provenienza diverse. La collaborazione dei tecnici della riabilitazione, per le proprie specifiche competenze, assume una rilevanza particolare nell'intervento a favore dei minori, nei quali lo sviluppo delle capacità motorie e sensoriali si intreccia strettamente *con la capacità e possibilità di sviluppo affettivo e relazionale*. [...]. L'attività degli educatori professionali, in quanto diretta al recupero e reinserimento di soggetti

La questione è alquanto complessa⁶³ Infatti la figura *ibrida* dello *psicopedagoga* ha costituito un momento significativo dell'*iter* formativo del profilo professionale dello psicologo; *iter* che, partito — si fa per dire! — dalla contaminazione con la figura del filosofo, è passata attraverso molte altre contaminazioni; attualmente ne vive un'altra, quella sopraricordata con la figura dello psichiatra (vedi lo *psicologo psichiatrico*). È però vero che, mentre quest'ultima, è ancora attiva, fonte di problemi e di indicazioni, quella in parola è ormai tramontata: sul piano istituzionale, coll'estromissione — dai servizi sanitari — della figura dello psicopedagoga (gli psicopedagogisti confluiti nelle UU.SS.LL. dai servizi della Provincia sono stati, nell'80, *sic et simpliciter*, ribattezzati psicologi); sul piano culturale, coll'assimilazione, all'interno del bagaglio tecnologico dello psicologo, di *pezzi* interessanti di pedagogia: vedi, ad es., la *prescrizione* (in genere *paradossale*) così importante in talune correnti di terapia sistemico-relazionale (*strategica* o no). Risulta chiaro da che cosa volevo sganciarmi. Non certo dall'impegno imprescindibile nell'area dell'età evolutiva (sarebbe stato semplicemente folle)⁶⁴.

3. L'intenzione di non abbandonare il campo è chiaramente dimostrata, tra l'altro:
 - a. dall'enfaticizzazione dell'importanza del *Teacher Center*;
 - b. dall'accettazione che uno psicologo diriga una delle forme particolari di sostegno, quella di cui si fa carico l'U.S.L.: il *Laboratorio Zonale Ausili*;
 - c. dalla proposta di impegno nell'impostazione di un programma innovativo verso i gravissimi^{65 e 66}.

portatori di handicap psico-fisico, costituisce una competenza *essenziale* (c.n.) dell'intervento di tutela della salute mentale [...]".

⁶³ Vedi Cesario 1987a, 1987b.

⁶⁴ A titolo di garanzia — se ce ne fosse bisogno — potrebbe servire il fatto che il sottoscritto fu, a suo tempo, il promotore, in qualità di coordinatore dei servizi socio-sanitari ed educativo-scolastici nell'area fiorentina (1975-83) presso gli Assessorati alla P.I. ed alla S.S. del Comune di Firenze, del primo *Protocollo di Intesa* (Cesario 1980a).

⁶⁵ A questo proposito debbo precisare la mia posizione, perché è a partire da essa che penso possibile un impegno dell'U.O. nel settore: l'handicap gravissimo *non* è di pertinenza della scuola. Non solo sul piano istituzionale, ma su quello più profondo che riusciamo forse a intravedere quando riusciamo a riconoscere che il gravissimo — altrimenti gravissimo non sarebbe — non è suscettibile d'essere fatto oggetto di un intervento pensato per lui, si tratti di un intervento di

d. dall'impegno nella *Commissione handicap*, proprio in quanto quest'ultima si è rifondata quando ha deciso di occuparsi di tutta la sequenza preformazione-formazione-inserimento lavorativo. (*Punctum dolens* della realizzazione del progetto, così come è stata fatta fin qui, essendo stata la disarticolazione dei tre momenti suindicati; col risultato che il marchingegno messo in piedi dalla L.R. 73/82, finalizzato alla formazione dei *formabili*, è stato invece, impropriamente, sotto il pungolo dell'urgenza, utilizzato per la collocazione da qualche parte dei gravi/gravissimi⁶⁷).

Certo, i tempi hanno portato nuove condizioni, nuovi problemi, e richiedono nuovi modi di affrontare questi ultimi. Una volta la scuola — insieme all'O.P. — era una scena privilegiata... L'inserimento scolastico degli handicappati fu l'occasione per un grosso lavoro di trasformazione della scuola: mi riferisco, ad es., a tutta la sperimentazione fatta sul piano della didattica; talvolta m'è venuto, e forse giustificato, il dubbio che l'inserimento abbia giovato più ai ragazzi normodotati che agli inseriti: mi riferisco, ad es., all'*interclasse orizzontale e verticale*, al *Tempo Pieno*, cioè all'integrazione delle

scolarizzazione o di riabilitazione (anche psicoterapica). In altre parole: il gravissimo *non è di pertinenza di nessuna Istituzione, di nessun profilo professionale*. Egli è gravissimo proprio in quanto incapace di utilizzare le une e gli altri. Si diceva prima dell'Istituzione Scuola solo perché, negli ultimi due decenni, è ad essa che è stato attribuito il compito di occuparsi anche dei gravissimi. Forse l'unico atteggiamento produttivo (e qui l'atteggiamento può assurgere al rango di *tecnica*) può essere quello dell'ascolto che *nulla* — e a tempo indeterminato — fa se non ascoltare (e sperare — *spes contra spem* — di essere ascoltato)... L'operatore — qualsiasi operatore — di fronte al gravissimo, deve, in primo luogo, rinunciare al proprio bagaglio tecnologico, proprio perché, in questo caso, inutilizzabile; deve tentare di raggiungere — anche con questa *mossa* — il grave sul piano della sua gravità. E noi ben sappiamo che l'essere privo di strumenti è, per l'operatore, motivo di *crisi* (più o meno grave)... Lo sa bene lo psicologo che, forse, tra tutti gli operatori, appare quello meno fornito di strumenti. Che cos'ha a disposizione, se si tolgono i famosi *test*, se non l'ascolto e le parole?

⁶⁶ La dott.ssa Giuliana Missio opera sui gravissimi ospitati dalle Scuole Speciali Castellina e Buricchi dove svolge anche una ricerca su nuove modalità di *osservazione* dei gravissimi; a tale ricerca collaborano gli insegnanti della Direzione Didattica del 7° Circolo e gli OO. del *Progetto Giulia*.

⁶⁷ Vedi "Il modello di Fountain House", in Mosher e Burti, 1989, pp. 208-224.

attività *curricolari* con molte altre, generalmente *espressive*, fino ad allora esterne alla scuola e ad essa *estranee*.

Molte cose sono cambiate, e forse non in peggio. Una volta lo psicologo partecipava — io l'ho fatto per molti anni — con tutte le componenti, *in primis* collo stesso Direttore Didattico o col Preside, sperimentazione suaccennate avevano il potere di stravolgere l'assetto normale della scuola; del potere di stravolgimento dell'esistente esercitato dall'inserimento degli handicappati, che spesso, purtroppo, le aveva precedute [ma — bisogna dirlo — le ha anche provocate e rese accettabili] non se ne parla neppure!). E quella collaborazione, a governare insieme il cambiamento della scuola — ripeto, *scena privilegiata* ove il cambiamento della società, non solo si rifletteva, ma realizzava delle anticipazioni — dagli operatori sanitari, e non solo da essi, era considerato, e giustamente, come opera di *prevenzione*. Oggi sarebbe semplicemente ridicolo che uno psicologo si presentasse ad un Direttore Didattico, ad un Collegio dei Docenti, ad un Consiglio di Circolo a fare la stessa cosa! Sarebbe come se, viceversa, un Direttore, un insegnante, venissero a proporre la loro collaborazione alla organizzazione, riorganizzazione dell'U.O.! Dico questo solo per dare la misura del cambiamento!

- F. G.O.D.: SERT e SERVIZIO ALCOL-DIPENDENZE: affidato, il primo, al vincitore del concorso bandito all'uopo; il secondo alle dott.sse Anna Benesperi e Odette Poignet.

1. SERT.

In questa sede è meglio sorvolare sulle complesse relazioni storicamente mantenute dalla Psicologia, prima e dopo la costituzione dell'U.O., con il G.O.T.. Ricordiamo solo che, sulla base di un accordo tra i vari responsabili, gli psicologi che vi operavano sono stati ritirati presso l'U.O.; e che è stato deciso di inviarvi il vincitore del concorso bandito appositamente. Nel frattempo il direttore dell'U.O. partecipa a tutti gli incontri organizzativi, soprattutto a quelli relativi all'attivazione della Convenzione stipulata dall'U.S.L. con il Carcere *La Dogaia*.

2. SERVIZIO ALCOL-DIPENDENZE⁶⁸.

Tale servizio è decollato nell'85 presso l'U.O. di Psichiatria, avvalendosi della collaborazione del *Dispensario Alcolologico* dell'U.S.L. 10/A. Lo coordina il dott. Lamberto Scali. Vi operano, come sopra ricordato, le dott.sse Anna Benesperi e Odette Poignet dell'U.O. di Psicologia. Esso costituisce, *de facto*, un momento dipartimentale⁶⁹.

Alcuni cenni relativi al suo modo di funzionare:

1. Accoglienza: si accede al trattamento tramite un colloquio preliminare con lo psicologo che verifica le motivazioni dell'alcolista e della sua famiglia.
 2. Criteri di accettazione: l'alcolista deve avere almeno due dei seguenti supporti: un domicilio, familiari o amici, un'occupazione. Deve avere meno di 65 anni.
 3. Dispensario: l'attività di psicoterapia di gruppo multicoppie viene svolta 2vv. la settimana, ha la durata di 3/4 mesi, è finalizzata alla gestione della fase di distacco dall'alcol.
 4. Clubs: dopo questa prim fase di trattamento, l'alcolista e i suoi familiari vengono inseriti in gruppi di autoaiuto (i clubs, per l'appunto).
- G. CONSULTORIO SPERIMENTALE: affidato al dott. Claudio Benassai.

⁶⁸ La L. 162/90, ripetutamente, si qualifica come rivolta alla prevenzione e all'intervento sulle dipendenze al plurale: "[...] da sostanze stupefacenti o psicotrope, da alcool" (art. 3, a), da tabacco... Talvolta, addirittura, nell'elencazione, la priorità va all'alcol e al tabacco: vedi l'art. 3, c): "dipendenze da alcool e da sostanze stupefacenti o psicotrope"; art. 85: "[...] danni derivanti dall'alcolismo, dal tabagismo, dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope [...]". È vero che molto spesso sono citate solo le classiche tossicodipendenze.

Sappiamo che fa morti, e in crescita (si parla di un recente incremento del 35.4% negli ultimi 25 anni [Morettini e Surrenti, 1988]), anche l'alcol... Ma la legge prende atto di questa realtà solo nel modo contraddittorio e pretestuoso sopra ricordato, e limitatamente a certe procedure linguistiche: infatti le procedure giuridiche riguardano *solo ed unicamente* le tossicodipendenze.

⁶⁹ Vedi Romualdi e Scali, 1986.

C'è stato un lungo dibattito tra chi voleva *rilanciare* l'attività dei consultori e chi invece — il sottoscritto era tra questi ultimi — sosteneva che i consultori avevano fatto il loro tempo, avevano cioè dato quel che dovevano dare; i tempi erano maturi per un intervento più specialistico, come quello svolto, ad es., dagli ambulatori ginecologici, ormai, in gran parte, *reimpostati* dopo l'esperienza consultoriale, o da quelli psicologici... La cosa necessaria era stabilire dei nessi (i famosi nessi) tra le varie iniziative; ad es., per quel che riguarda tutte le pratiche afferenti al *Tribunale dei Minori*, stabilire delle procedure precise e poi operare in stretta collaborazione (ricorrendo, di volta in volta, alla compresenza del primo o del secondo tipo).

Alla fine di questo dibattito è stato deciso di fare un Consultorio *Sperimentale*, in via S. Gonda, il cui coordinamento è stato, dall'U.S.L., affidato al dott. Claudio Benassai.

H. RAPPORTI COL TRIBUNALE: affidato alla dott.ssa Silvana Bonetti.

Per quanto concerne i rapporti col *Tribunale dei Minori* si è deciso:

1. che siano concordate con *Servizio Sociale*, il quale⁷⁰ è il servizio protagonista, quello che, ad es., decide se è necessario o no l'intervento dello psicologo, le procedure esatte da adottare perché l'operatività possa svolgersi nel modo più snello possibile;
2. che l'operatore responsabile del sotto-progetto diventi istituzionalmente referente del *Tribunale dei Minori* per tutti gli interventi potenzialmente erogabili nel settore dall'U.O. di Psicologia.

I. CONSULENZA PSICO-SESSUALE PER L'ADOLESCENZA: affidato al dott. Dario Degli Innocenti.

Abbiamo promosso un *Servizio di Consultazione Psico-sessuale per l'Adolescenza*, che opera in stretta connessione con il Consultorio Sperimentale e con una serie di iniziative rivolte alla fascia d'età dell'adolescenza; ci riferiamo :

1. all'*Agenzia Giovani*, già decollata, ed affidata, dall'Amministrazione Comunale, allo stesso dott. Dario Degli Innocenti; la quale, a sua volta, va vista in stretta connessione col *Progetto Giovani*;

⁷⁰ Vedi Delib. Reg. 5907/87.

2. al Servizio di Consultazione Psichiatrica Ambulatoriale per l'Adolescenza, già decollato.

Abbiamo tenuto presenti i vari Centri Consulenza Giovani che fioriscono in realtà diverse da quella pratese: pensiamo alle UU.SS.LL. fiorentine, con particolare riguardo a quello, più stagionato, dell'U.S.L. 10/D; inoltre abbiamo tenuto presente anche la diffusione, sul mercato privato, dell'offerta nel settore *sessuologico*. Pur non condividendo le ragioni che sostengono questa diffusione, abbiamo deciso di tener conto della domanda ormai esistente per dare ad essa una risposta, eventualmente migliore, nel Servizio pubblico. Tale servizio:

- a. è rivolto prioritariamente agli adolescenti, essendo, questi ultimi, per la loro stessa età, *soggetti a rischio*⁷¹; e si propone di contribuire ad offrire loro sbocchi ai momenti di crisi — che, nella nostra società e nella nostra epoca, sembrano quasi connaturati alla loro età — alternativi al crollo psicopatologico, alla tossicodipendenza, alla sociopatia...;
- b. è rivolto ad entrambi i sessi (mentre il Consultorio, vecchia maniera, era prioritariamente rivolto alla donna, anzi: alle donne). Per sessualità qui si intende il *corpo*: il corpo del singolo, il corpo della coppia, il corpo sociale più allargato (familiare e *via allargando*). Cioè quell'insieme di relazioni concrete all'interno delle quali eventuali disfunzioni possono manifestarsi a) o con una serie di disturbi nell'ambito *sessuale*, che possono anche rinviare a problematiche di altra natura; b) o con una sintomatologia psicosomatica o psicopatologica che può rinviare a disturbi pertinenti all'area della sessualità *più limitatamente intesa*⁷².

⁷¹ Winnicott, famoso pediatra e psicoanalista inglese, sosteneva che l'adolescenza è una malattia normale e che il problema è della società; se è abbastanza sana per poterla sopportare! Comunque la L. 61/90 (Allegato 11.2.3 b)), così recita: "Costituiscono *particolare* (c.n.) impegno per tutta l'U.O. [e si tratta qui dell'U.O. di Psicologia] gli interventi rivolti alla fascia adolescenziale, sia con forte contenuto preventivo sia nei confronti di situazioni soggettive, di gruppo o sociali *a rischio psicologico* (c.n.)".

⁷² I tre ultimi sotto-progetti (G., H., I.), com'è naturale, procederanno strettamente collegati.

7. Attività dello psicologo dirigente.

1. Coordinamento del Progetto generale;
2. relazione con le altre UU.OO. dell'U.S.L. 9 e con gli organismi gestionali;
3. direzione del *Laboratorio di Tecniche Conversazionali*, e, per questa via, direzione *tecnica* del Progetto articolato in sotto-progetti (psicoterapici e non, comunque a valenza psicoterapica);
4. collegamenti con altri Enti (Regione, Provincia, Comuni, altre UU.SS.LL., Università, *Centro di Terapia Sistemico-Relazionale della Famiglia* dell' U.S.L. 10/C, *Rivista Tecniche*, etc.). Promozione di iniziative culturali in collaborazione con gli Enti sopraindicati ed altri;
5. partecipazione ai sotto-progetti in cui sono coinvolti tutti gli OO.: Urgenza, Primo Ascolto, Presenza nel Presidio Ospedaliero, Psicotrapiia;
6. affiancamento agli operatori nelle situazioni difficili (con eventuale svolgimento di una funzione vicaria).

8. Verso un pro-getto (unitario).

Sicuramente l'esistenza stessa di alcuni presupposti generali⁷³, non solo enunciati — il che è già qualche cosa — ma anche, per lo meno tentativamente, argomentati ed articolati tra loro, contribuisce a trasformare l'elenco delle attività in un progetto (e le singole attività in sotto-progetti).

La coniugazione della *stabilità* delle linee portanti con la *mobilità* dei sotto-progetti⁷⁴ caratterizza la nostra proposta come progettuale (anche se è tutto da vedere se funzionerà o no).

Le varie offerte, oltre che essere unitariamente caratterizzate dalla medesima impostazione, disegnano una mappa mobile e variegata di prestazioni in cui l'utente — utilizzando il C.U.P., il Jolly etc. — può orientarsi alla ricerca della soddisfazione dei suoi bisogni.

L'utente ha dei punti di ascolto, di urgenza, di consulenza psico-sessuale; ha la possibilità di utilizzare vari *setting* psicoterapici (interventi e rete di interventi) o di programmi terapeutici *ad personam* (Servizio alcolologico...); ha la possibilità di fruire della presenza dello psicologo in ambito ospedaliero e scolastico.

Sono previste iniziative che tendono a sostituire prestazioni frammentarie con interventi continuativi (ad es., il *Teacher Center* per gli insegnanti); che tendono — mi riferisco al lavoro sulle *frange intermedie* — ad attivare un processo di socializzazione delle competenze dello psicologo (delle sue competenze attuali). *Tale processo comporta, tra l'altro, che lo psicologo, una volta socializzate le proprie attuali competenze, se qualcosa avrà imparato dall'esperienza dell'interscambio con le varie competenze incontrate strada facendo, si troverà fornito di un nuovo bagaglio tecnologico da socializzare. E così di seguito*⁷⁵.

Quest'*apertura* all'interscambio, pensata ed utilizzata perché possa, nel *work in progress*, produrre, attraverso la socializzazione delle attuali competenze, competenze nuove, caratterizza il progetto come *pro-getto* — etimologicamente, e, non me ne adonto, essenzialmente —: come *gettarsi-avanti*.

Tale apertura, nel *Laboratorio di Tecniche Conversazionali*, ha il momento privilegiato di interscambio (tra gli OO. dell'U.O. di Psicologia, tra questi e quelli di tutte le altre UU.OO., tra gli OO. e il

⁷³ Vedi i sottocapp. 1-5.

⁷⁴ Vedi in coda al cap. 4.

⁷⁵ Cesario 1980b.

pubblico interessato). Basti pensare alle possibilità che il *Laboratorio* offre di *socializzare ciò che solitamente è considerato non solo difficile da socializzare, ma da non doversi socializzare*: il segreto professionale; il *Laboratorio* consente, invece, e si prefigge, di socializzare tale segreto assumendo questa socializzazione come uno dei suoi compiti, e delle sue competenze (professionali).

9. A proposito del D.S.M. e di altro.

Avendo riscontrato che i testi di L. Burti, L.R. Mosher, R. Siani e O. Siciliani (1989, 1990), oltre che contenere posizioni importanti condivise dal nostro Progetto, erano anche molto apprezzati dalle due UU.OO. di Psichiatria (1 e 2) — vedi la presentazione dell'esperienza del Servizio Psichiatrico Territoriale di Verona-Sud fatta, per iniziativa del D.S.M., la settimana successiva al Convegno di cui qui diamo gli Atti — li abbiamo proposti come testi privilegiati di studio; in fondo, anche come una sorta di *trait-d'union* già fatto con le UU.OO. di Psichiatria con le quali ancora dobbiamo iniziare il grosso dell'attività insieme all'interno dell'appena costituito D.S.M.. (Infatti, all'interno del Progetto, anche se sono presenti, sparsi un po' dappertutto, accenni all'approccio dipartimentale, non esiste nessun sotto-progetto costruito all'interno del D.S.M., né poteva esserci.)

Qui riportiamo una sintesi di alcuni punti di convergenza sull'approccio generale. A proposito di quest'ultimo, siamo lieti di scoprire delle interessanti affinità con l'approccio laiano che noi abbiamo sposato⁷⁶. Per quel che riguarda l'uso del linguaggio comune vedi l'ultima parte dell'ultima nota di *Che cos'è la psicologia?*

Riportiamo inoltre alcuni elementi che prefigurano punti di convergenza anche a proposito di due sotto-progetti particolarmente importanti, quello del PRIMO ASCOLTO e quello dell'URGENZA.

All'approccio tecnicistico/tecnologico di Lai, in modi che vogliamo precisare, si avvicinano Burti, Mosher, Siani, Siciliani⁷⁷. Scrivono S. S. e B.⁷⁸ : "Ragionevole [...] ci appare definire una *cornice di riferimento, pragmatica e concettuale, un meta-criterio* che consenta di attingere momenti operativi (consapevolmente tratti da approcci che, *sul piano teorico* [c. n.], sono incompatibili [...]), purché siano coerenti con lo *specifico progetto terapeutico* [...] e inseriti in una *strategia integrata e multi-contestuale* [...]."

Su questo punto gli autori tornano ripetutamente; di che si tratta? Noi riteniamo che, in fondo, si tratti dello *sganciamento dalle teorie* — di stampo laiano — (anche da quella che loro, in partenza, anteponevano alle altre: la sistemica⁷⁹) necessario per poter

⁷⁶ Vedi il cap. 3: mi riferisco allo *sganciamento dalle teorie* ed all'*intersezione*.

⁷⁷ 1989, 1990.

⁷⁸ 1990, p. 118.

⁷⁹ 1990, p. 326.

scegliere, con la "spregiudicatezza della visione strategica"⁸⁰, qual'è la tecnica, di volta in volta, opportuna.

Da cui la necessità di disporre di un "ventaglio di tattiche"⁸¹ o di tecniche; la mancanza di tale ventaglio è considerata "la difficoltà più seria e limitante"⁸² della loro proposta. Ripetiamo, e anche esplicitiamo maggiormente la loro posizione: È "fondamentale [...] che l'èquipe terapeutica conosca e sappia applicare diverse tecniche: problema non solo del training per i membri dell'èquipe ma anche di training diversificati, fra i vari membri o, meglio, da parte di ciascun membro"⁸³: è, come si vede, auspicata quella che altrove abbiamo chiamato la "multiformazione" dell'operatore; è fondamentale "diversificare i training e le supervisioni"⁸⁴. Conseguentemente la mono-formazione, inevitabilmente dottrinarica, è considerata addirittura come motivo di esclusione dell'operatore in sede di selezione del personale⁸⁵. È chiaro che, come "collante" che tenga insieme le varie "mosse tattiche" e le "sorregga reciprocamente", non basta il "frame strategico", occorre anche la "solidarietà"⁸⁶.

Potremmo insistere nelle citazioni; ci sembra comunque sufficientemente chiarita la posizione di B., M., S. e S. e abbastanza chiarita anche la prossimità di questa alla posizione di L.. Mi piace ricordare alcune precisazioni di M. e B.: "Il nostro paradigma operativo *ateorico* di base (c. n.) [...] ha lo scopo di [...] Proponiamo un modello del processo, senza però specificarne il contenuto, che emergerà solo grazie allo sforzo costante di capire attraverso l'indagine, *al di fuori di qualsiasi schema teorico* (c. n.)"⁸⁷; "Consideriamo [...] i sintomi come comunicazioni pertinenti di bisogni insoddisfatti e siamo principalmente interessati a comprendere tali comunicazioni per riconoscere i bisogni in causa; i meccanismi psicologici della formazione del sintomo ci interessano meno"⁸⁸.

Segnaliamo alcuni punti di convergenza particolarmente significativi su materie quali il PRIMO ASCOLTO e l'URGENZA:

⁸⁰ Ib., p. 18.

⁸¹ P. 20.

⁸² P. 374.

⁸³ P. 21.

⁸⁴ P. 374; vedi anche 1989, p. 465.

⁸⁵ 1989, pp. 226, 229, 240.

⁸⁶ 1990, p. 373.

⁸⁷ 1989, pp. 131-2.

⁸⁸ Ib., p. 58.

1. PRIMO ASCOLTO. Da quanto sopra illustrato deriva un'opposizione drastica a quello che M. e B., in modo molto pertinente, chiamano "orticello terapeutico"⁸⁹: "Una possibilità piuttosto comune (e certamente molto più facile da adottare) è di cercare di riprodurre il setting privato all'interno di una istituzione pubblica. La definiamo come l'alternativa dell'"orticello': all'interno dell'istituzione/servizio, *la cui struttura non viene messa in discussione*, si coltiva un 'orticello terapeutico'. Tipicamente, il terapeuta si chiude in una stanza con un paziente e cerca di trasformarlo in 'cliente', cioè negoziando e mantenendo un contratto terapeutico e barricando la porta contro le interferenze dell'Istituzione e della società esterna. [...] Una limitazione dell'approccio dell'orticello è che il lavoro fatto in un'ora di terapia viene probabilmente disfatto nelle altre ventitré ore di gestione istituzionale. Inoltre, ha il serio svantaggio di poter essere usato solo nel caso di pazienti adatti alla psicoterapia; date le caratteristiche dei pazienti inviati ai servizi pubblici, la proporzione di quelli adatti è relativamente bassa"⁹⁰. Mentre, nel servizio pubblico, bisogna farsi carico di "tutti i bisogni"⁹¹ di tutti i pazienti⁹²; senza ricorso a nessuna lista di attesa⁹³; "La filosofia dell'approccio [...] unita all'impegno del servizio a occuparsi *prioritariamente* e in modo integrato dei casi più gravi [...]"⁹⁴; ciò impedisce di cascare in quello che viene definito "esercizio di futilità terapeutica"⁹⁵. "La terapia non è qualcosa che viene 'fatto'; è piuttosto una caratteristica funzionale dell'approccio ai bisogni del paziente. *L'intervento terapeutico per eccellenza* non esiste; nessun intervento è di per sé terapeutico o no. È la somma di tutti gli interventi che deve essere 'terapeutica' e il servizio deve essere organizzato in modo da rendere possibile questo. Ciò può implicare un profondo riarrangiamento strutturale in modo da avere coerenza fra il livello degli obiettivi, quello della struttura e quello delle tecniche"⁹⁶. Si potrebbe concludere che, se si facesse

⁸⁹ Ib., p. 66.

⁹⁰ Ib., p. 66.

⁹¹ Ib., 67, 338-9.

⁹² Ib. p. 49.

⁹³ 1989, p. 67.

⁹⁴ Ib., p. 29; vedi anche pp. 338, 419, 424.

⁹⁵ Ib. p. 38.

⁹⁶ Ib. p. 67.

terapia intramuraria e basta, ci si occuperebbe inevitabilmente, volenti o nolenti, solo dei casi più lievi. Si lavorerebbe come all'interno di uno studio privato, con la possibilità di fare contratti o alleanze terapeutiche più o meno limpidi e ortodossi. Urge, invece, uscire dallo studio (lo zoo) per praticare il territorio (la giungla)⁹⁷. Si tratta di lavorare "sul posto"⁹⁸; come degli antropologi o degli etnologi⁹⁹; *sul posto* significa: *in qualsiasi posto*: "Per quel che può valere, vogliamo anche dire che quando nel nostro lavoro siamo riusciti ad 'incontrarci' col paziente, i desideri e le passioni (e la consapevolezza di quanto accadeva in tale incontro) hanno preso corpo e parola nei setting più incredibili: negli ambulatori o in un angolo della corsia, accanto al letto di degenza o a casa del paziente durante le visite domiciliari, nel silenzio o (più spesso) circondati dal rumore del mondo, dalla voce dei colleghi nelle stanze accanto, dalla voce e dalle interferenze dei parenti del paziente"¹⁰⁰.

2. URGENZA. Segnaliamo punti di convergenza: sulla opportunità di utilizzare il momento della crisi come momento di drammatizzazione, messa-in-scena¹⁰¹; sull'inopportunità di procedere, in prima istanza, coll'intervento farmacologico¹⁰²; sull'opportunità invece di tentare un ascolto ed una risposta psicologici-umani: "Spiegare al paziente, faccia a faccia, perché siamo chiamati ad intervenire non è affatto irrilevante, *anche quando sembra che non ci ascolti* (c. n.), anzi è quasi sempre servito ad evitare di effettuare il T.S.O.. Ci è capitato, così, di iniziare un rapporto terapeutico proprio a partire dalle discussioni e dalle proteste del paziente per la nostra 'intrusione' nel suo mondo, e dai suoi commenti alle nostre spiegazioni; cioè alle spiegazioni che gli fornivamo mentre egli appariva perso nel delirio, nella confusione o nell'eccitamento"¹⁰³; sull'opportunità di intervenire

⁹⁷ Ib. p. 44.

⁹⁸ Ib., pp.158, 161; vedi anche pp. 156-57, 162; vedi anche 1990, p.326.

⁹⁹ 1990, p. 326.

¹⁰⁰ Ib. p. 70; vedi anche p. 89.

¹⁰¹ 1989, pp. 111-12, 412.

¹⁰² Ib., p. 80-1.

¹⁰³ 1990, p. 76.

con approccio psicologico "fin dalla fase della crisi"¹⁰⁴ anche su episodi maniacali ¹⁰⁵.

¹⁰⁴ *Ib.*, p. 222.

¹⁰⁵ *Ib.*, pp. 221-2, 224-25, 228-9, 242-3.

Note bibliografiche

- Abrahams J.J. (1976), *L'homme au magnétophone*, Editions Le Sagittaire, Paris; tr. it. di Pinni Galante e M. Bertini, *L'uomo col magnetofono*, L'Erba voglio, 1977, Milano (I testi di Abrahams, Sartre, Pontalis e Pingaud sono tratti da *Les Temps modernes*, n. 279, aprile 1969).
- Battaglia A., Cassese C., Sinnati M., (1988), *Rilievi psicologici e confronto sulle modalità di intervento chirurgico in pazienti operate per cancro della mammella*, in *Ospedali d'Italia - Chirurgia*, vol. XLI, Nov.-Dic., pp.317-326.
- Battaglia A.A., Sinnati M., Rettori M., Cassese C. (1991), *Sistematica valutazione psicologica delle pazienti con cancro della mammella. Nuove prospettive per uno studio pluridisciplinare*, in *Surgery*, in corso di stampa.
- Bellak L., Small L. (1980), *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, Grune and Stratton Inc., New York; tr. it. di D. Pezzi, *Psicoterapia d'urgenza e psicoterapia breve*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma, 1983.
- Carbonaro A., La Rosa M. (1983), *L'organizzazione sanitaria toscana: un approccio di ricerca*, in *Sociologia del lavoro*, n. 19, pp. 3-30.
- Cesario S., a cura di, (1978), *Un quartiere sperimenta*, Guaraldi, Firenze.
- Cesario, S. (1980a), *Itinerari, metodologie e risultati della "Ricerca sui bisogni e le risorse nell'ambito della scuola dell'obbligo, relativa all'inserimento degli handicappati"*, in *Inserimento degli handicappati e innovazione didattica*, a cura di Carbonaro G. e Cesario S., Comune di Firenze, pp. 15-57.
- Cesario S. (1980b), *Lo psicologo nella scuola e nel quartiere. Un'esperienza di socializzazione della funzione dello psicologo*, UNIEDIT, Firenze.
- Cesario S. (1983), *Autobiografia di un inseritore*, in *Quaderni di ricerca*, Gruppo di Esperienze pedagogiche, Le Sodole, S. Gimignano, pp. 26-33.
- Cesario S., a cura di, (1987a), *La psicoterapia nei servizi pubblici fiorentini*, Università di Firenze, Regione Toscana.
- Cesario S. (1987b), *La formazione degli psicologi*, in *Salute e territorio*, 56, pp. 36-41.
- Cesario S. (1988a), *Settings. Freud, Loyola, Heidegger*, in *Problemi nella psicologia e nella psicoterapia*, Alfani, Firenze, pp. 121-184.

- Cesario S. (1988b), *La prescrizione nella pratica analitica e nella terapia breve, ib.*, pp. 186-235.
- Cesario S. (1988c), *La dimensione temporale nella psicoterapia, ib.*, pp. 238-268.
- Cesario S. (1988d), *Trauma e cambiamento, ib.*, pp. 275-308.
- Flegenheimer W.V. (1982), *Techniques of Brief Psychotherapy*; tr. it. di D. Luzzati, *Psicoterapia breve*, Cortina, Milano, 1986.
- Freud S. (1937), *Die Endliche und die unendliche Analyse*, in *Gesammelte Werke*, Fischer, Frankfurt, vol. XVI; tr. it. di R. Colorni, *Analisi terminabile e interminabile*, in *Opere*, vol. 11, Boringhieri, Torino.
- Heidegger M. (1927), *Sein und Zeit*, Max Niemeyer, Tübingen; tr. it. di P. Chiodi, *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 1976.
- Kierkegaard S. (1849), *Sygdommen til Døden*, in *Samlede Vaerker*, XI (pp. 113-243), Kiøbenhavn; tr. it. di Meta Corssen, *La malattia mortale*, Mondadori, Milano, 1990.
- Kübler-Ross E. (1987), *Aids: The Ultimate Challenge*; tr. it. di L. Sgorbati Buosi, *AIDS. L'ultima sfida*, Cortina, Milano, 1989.
- Lai G. (1970), *La formazione degli insegnanti nel consiglio di classe*, in *Psicoterapia e scienze umane*, 1, pp. 4-11.
- Lai G. (1976), *Le parole del primo colloquio*, Boringhieri, Torino.
- Lai G. (1984), *Conoscenza e convivenza*, in *Psicoterapia e scienze umane*, 2, pp. 29-47.
- Lai G. (1986), *La conversazione felice*, Il Saggiatore, Milano.
- Lai G. (1987), *Le corna del tempo*, in *Il ruolo terapeutico*, 44, pp. 13-19.
- Lai G. (1988), *Disidentità*, Feltrinelli, Milano.
- Lai G. (1989a), *Integrazione*, in *Tecniche*, 1, pp. 4-5.
- Lai G. (1989b), *Cronologie disformative*, in *Tecniche*, 2, pp. 7-11.
- Lai G. (1989c), *Poscritto alla Intervista allo psichiatra Agostino Pirella*, in *Tecniche*, 2, pp. 84-92.
- Lai G. (1990), *Disomogeneità dei linguaggi nei servizi sociosanitari: problema o soluzione?* in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 8-9, pp. 5-8.
- Maccacaro G. (1974), *Introduzione a Biometria*, in *Per una medicina da rinnovare, Scritti 1966-1976*, a cura di G. Berlinguer, G. Bert, A. Del Favero, M. Gaglio, Feltrinelli, Milano, 1979, pp. 97-107.
- Magnolfi A. (1991), *Prefazione*, in *Atti del Convegno Internazionale sull'Ospedale di Insegnamento*, Prato, 1/2 Dicembre 1989, a cura di C. Montaini, pp.7-8.
- Modomutti F.B. (1988), *Mortalità Alcol Correlata*, in *Atti del Congresso Nazionale SIA (VI)*, pp. 54-68.

- Morettini A., Surrenti C. (1988), *Studi epidemiologici del fenomeno alcol in Italia*, in *Atti del Congresso Nazionale SIA (VI)*, pp. 29-40.
- Mosher L. R., Burti L. (1989), *Community Mental Health. Principles and Practice*, W.W. Norton, and Co., New York, London; tr. it. di L. Cornalba, *Psichiatria Territoriale. Principi e pratica*, Feltrinelli, Milano, 1991.
- Polack J.C., Sivadon-Sabourin D. (1976), *La Borde ou le droit de la folie*, Calmann-Lévy, Paris; tr. it. di L. Muraro, *Il diritto della follia*, Feltrinelli, Milano.
- Ranzato L. (1990), *Servizi di psicologia o psicologia nei servizi? Alcuni scenari della situazione italiana*, in *ACTA*, anno III, 1, pp.31-34.
- Rettori M., Picchi G., Battaglia A., Bigiotti A., Cassese C., Sinnati M., Albertacci A., Freni V. (1990), *Esperienza personale sul trattamento conservativo del cancro della mammella. Valutazioni dei risultati estetici*, in *Atti del Congresso SIEC*, Cagliari, 1990, pp. 669-677.
- Romualdi U., Scali L. (1986), *Ettilista, famiglia, gruppo, terapia: alcune considerazioni relazionali*, in *Atti del Congresso Nazionale SIA (VI)*, pp. 371-37.
- Rotondo A., a cura di (1990), *Operatori, sieropositività e Aids*, Angeli, Milano.
- Sartianesi A., Rettori M., Sinnati M., Picchi G., Battaglia A., Bigiotti A., Cassese C., Albertacci A., Freni V. (1991), *Problematiche chirurgiche e psicologiche nelle pazienti in età geriatrica affette da cancro della mammella. Esperienza personale*. V Congresso Nazionale della Società Italiana Chirurgia Geriatrica, 18-21 settembre, 1991, Perugia.
- Searles H.F. (1965), *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*, The Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis, London; tr. it. di A. Bencini Bariatti e A. Bottini, *Scritti sulla schizofrenia*, Boringhieri, Torino, 1986.
- Siani R., Siciliani O., Burti L. (1990), *Strategie di psicoterapia e riabilitazione*, Feltrinelli, Milano.
- Sinnati M., Cassese C., Picchi G., Battaglia A., Bigiotti A., Rettori M., Albertacci A., Freni V. (1990), *Atti del Congresso SIEC*, Cagliari, 1990, pp.647-650.
- Sinnati M., Cassese C., Rettori M., Battaglia A., Picchi G., Bigiotti A., Albertacci A., Freni V. (1991), *Follow-up e aspetti psicologici nelle donne operate per carcinoma mammario*, in *Atti del Convegno Attualità e prospettive in psiconcologia*, 1991, San Remo, pp.82-84.

CAPITOLO SECONDO

CHE COS'È LA PSICOLOGIA?¹⁰⁶**Dallo psico-pedagogista allo psicologo psichiatrico: i rapporti della psicologia con la pedagogia e con la psichiatria.**

Salvatore Cesario

Una premessa.

Voglio anticipare che il mio intervento dà, in buona parte, *per nota* la Bozza di Progetto che ciascuno di voi si è trovata nell'apposita cartella: su di essa, infatti, tra gli OO. delle UU.OO. interessate, con gli Amministratori e con gli Amministrativi, si è già molto discusso negli ultimi mesi! Oggi cercherò di fare alcuni *approfondimenti* — porterò quindi delle *aggiunte* alla Bozza — su questioni che attengono al profilo professionale dello psicologo. Sono questioni che hanno, insieme, una forte valenza *culturale* ed una forte valenza, come dire, *corporativa*. Poiché, in questa fase storica dell'*iter* di formazione del profilo professionale dello psicologo, il piano culturale e quello corporativo/carriero (*carriera* ed *iter* sono parole che si richiamano!) sono strettamente connessi, non ho nessun *pudore* ad affrontare anche il secondo; quest'ultimo risulterà, penso, dal mio intervento, carico di spunti di riflessione interessanti anche per i non addetti ai lavori.

¹⁰⁶ Qui è riportato il testo originario dell'intervento. L'autore intendeva non leggerlo ma esporlo. Si è trovato costretto a leggerlo anche a causa della sua lunghezza. Aveva anche tentato di accorciarlo; ma i suoi tentativi in tal senso avevano prodotto, paradossalmente, ulteriori aggiunte... Si è, alla fine, convinto che il suo intervento era *eccessivo* — eccedeva, ad es., anche i tempi regolamentari — perché era eccessiva la materia stessa su cui interveniva. Quindi ha deciso di non sentirsi colpevole della sua lunghezza. Riproduciamo il testo originario, tralasciando i vari commenti, le varie sottolineature, le varie parentesi nelle parentesi... *conversazionali*, o tendenti a *conversationalizzare* la lettura di un testo oggettivamente, per sua natura, impegnativo, e, per varie ragioni, scabroso [Nota del curatore].

La psicologia: oggetto misterioso.

Come mai una giornata di studio dedicata al *Progetto* dell'U.O. di Psicologia?¹⁰⁷ Nell'incontro che abbiamo avuto, qualche mese fa, col Sindacato, allo scopo di illustrarGli le linee portanti del nostro *progetto*, ci è stata fatta rilevare l'importanza che il nuovo *Contratto* dà alla produttività all'interno di un *Progetto*, piuttosto che a quella che potremmo definire "produttività diffusa". Ma da questo ci deriva solo quello che possiamo chiamare un *vantaggio secondario* dell'avere steso un *Progetto*. Di fatto noi — psicologi dell'U.O. di Psicologia —

¹⁰⁷ Qui, in nota, preciso che oggi parliamo del futuro della psicologia — non a caso la parola ricorrente è *pro-getto* —: non va dimenticato però che la psicologia, a Prato, possiede un suo passato glorioso. Cito soltanto:

- L'intervento sui soggetti autistici realizzato dalle tre Commissioni Medico-Psico-Pedagogiche negli anni '69/'70. L'esperienza, purtroppo, durò solo un semestre e cessò, tra le altre ragioni, anche per il venir meno dei finanziamenti. A quell'epoca nasceva a Firenze l'A.I.A.B.A. (Associazione Italiana Assistenza Bambini Autistici); per motivi di brevità dirò soltanto che Prato tentò una *replica* dell'A.I.A.B.A. aggiungendovi un significativo *supplemento*: la *territorializzazione* dell'intervento. Allora tra Prato e Firenze, nell'ambito dell'intervento sull'autismo, ci furono alcuni contatti ed alcune collaborazioni molto interessanti. Ricordo d'essere stato l'estensore di un intervento concordato tra le *équipes* dei Centri di Igiene Mentale del Comune di Firenze e di Prato e l'*équipe* psicoterapica dell'A.I.A.B.A. in occasione del convegno di Neuropsichiatria Infantile dell'8.5.'74 a Lucca — vedi *Un "concetto" di "terapia" familiare*, in *L'Insero al Bollettino di Psicologia Applicata*, 1974, 1, pp. XXV-XXVII —. Le stesse commissioni sollecitano e curano i primi inserimenti di soggetti handicappati nelle scuole pubbliche. (Al 1971 risale il primo esperimento di integrazione di bambini handicappati nelle scuole materne comunali.)
- *Scena privilegiata* dell'operatività della psicologia, a Prato, è, oltre la scuola, anche il Consultorio. Nel periodo dell'Assessorato Rossi-Gatteschi nasce, nel 1978, in via S. Vincenzo, il primo *Consultorio Familiare*; si tratta della prima realizzazione della legge istitutiva dei Consultori, del 1975.
- Nel 1980 nasce il *Centro di Terapia Familiare*.
- Nel 1981 il Convegno di Artimino sull'handicap prepara *anche* la progettazione dei *Centri di Pre-formazione* e la loro successiva attuazione (8 Scancellato e S. Cristina).
- Nel 1981 nasce l'*Humpty Dumpty*, una comunità per adolescenti psicotici.

non potevamo scegliere di non stenderlo, e questo a differenza della gran parte delle UU.OO. o della loro totalità. Perché?

Il fatto è che la psicologia costituisce ancora — e spesso anche per gli stessi addetti ai lavori — un *oggetto misterioso*. La recente L. 56/89 rappresenta un significativo approdo dell'*iter* formativo del profilo professionale dello psicologo; ma tale *iter*, a nostro parere, non è nient'affatto esaurito¹⁰⁸. Si tratta infatti, di lavorare all' applicazione (che è sempre un'*interpretazione*) della legge, alla costruzione, come dire, della regolamentazione *materiale* di molte questioni, alcune delle quali sono ancora tutte aperte. Torneremo, comunque, tra breve su tale *iter* Vogliamo qui precisare che era necessario, con una nostra iniziativa, tentare, nella misura del possibile, di togliere il velo che nasconde l'oggetto misterioso/psicologia; anche, e soprattutto, perché si tratta di un oggetto in formazione, quindi *in movimento*; avanzare cioè delle ipotesi su ciò che, a proposito della psicologia, dentro e fuori i Servizi¹⁰⁹, costituisce ormai un dato, o una serie di dati, ormai assodati e ciò che invece continua a *far problema*. Ritenendo che ciò che risulta assodato debba essere trasmesso e che ciò che fa problema debba essere dibattuto, abbiamo prima steso una *Pre-Bozza* — siamo alla fine del giugno '90 —; successivamente una *Bozza* — siamo alla fine del settembre '90 —. Dopo aver discusso a lungo tra gli OO. dell'U.O. di Psicologia ai fini della costruzione del Progetto, abbiamo avviato un dibattito di verifica della sua validità con tutte le forze che siamo riusciti a raggiungere: gli OO. di altre UU.OO., gli Amministratori, gli Amministrativi, i Sindacati, etc.... Oggi, con l'estensione del dibattito, almeno potenzialmente, a tutta la cittadinanza, questa fase si concluderà. Gli *Atti* di questa giornata conterranno, tra l'altro, la forma definitiva del *Progetto*, quella risultante dal massimo di partecipazione alla sua definizione. Non a caso una delle caratteristiche che si vogliono distintive della gestione, interna ed esterna, dell'U.O., è la democrazia. La stesura definitiva del Progetto conterrà infatti le modifiche che il dibattito di questo pomeriggio, oltre che il lavoro di stamane, suggerirà/imporrà. Tutti gli interventi sono registrati; tre colleghi, che hanno dato la propria

¹⁰⁸ E non mi riferisco solo al ritardo con cui si sta procedendo alla formazione dell'elenco degli psicoterapisti psicologi, ostacolata dall'ingorgo delle 14.000 domande che la Commissione per l'espletamento della sessione speciale di esame di Stato per titoli ex art. 33 ha appena iniziato a vagliare ed alla connessa riapertura dei termini per la presentazione delle domande...

¹⁰⁹ Ma, in particolare, dentro i Servizi: da cui la giornata di studio sull'U.O. di Psicologia e non sul profilo professionale dello psicologo in generale.

disponibilità, seguiranno in modo particolare il dibattito; provvederanno poi a sbobinarlo, nelle parti più significative, e lo riporteranno in un intervento che sarà anch'esso pubblicato.

La Bozza di Progetto è il frutto di un grosso sforzo intellettuale mio e dell'U.O., inteso a capire il *da farsi* e il *fattibile*, ma *ora*, e *qui*, nell'U.S.L. 9, non in generale, in una sorta di *iperuranio*, da parte di una U. O. di Psicologia astrattamente intesa. Essa intende soddisfare una serie di esigenze culturali e di intervento, ma all'interno di un quadro politico dato, nient'affatto semplice, e in grossa trasformazione com'è quello della sanità nel nostro paese. Ho appena citato il *nostro paese*; ciò sta ad indicare l'attenzione a ciò che succede in questo nostro paese e a ciò che può e deve succedere nella nostra U.O. in quanto parte di questo nostro paese! Tale Bozza di Progetto non vuole essere, quindi, un'esercitazione accademica.

Criteri di gestione dell'U.O.: solo un accenno alla *managerialità*.

Tralascio qui di esporre ed argomentare i criteri di gestione dell'U.O. — nella Bozza ad essi è *consacrato* un intero capitolo, il 5¹¹⁰ —. Accenno solo ad un criterio, quello della *managerialità*. L'idea che ho dell'U.O. è quella di un'*azienda* che deve produrre una serie di interventi e di risultati, e che, se non li produce, è destinata al *fallimento*, inteso in senso *letterale*: e questo, in sintonia con gli orientamenti chiaramente espressi da questa U.S.L.. Personalmente penso che si tratti di spostare la *fiscalità*, dalla *quantità* delle ore lavorate alla *quantità/qualità* del *lavoro fatto*. È in questa direzione che mi sono mosso fin dall'inizio della mia gestione dell'U.O. A partire dal

¹¹⁰ Penso che Giampaolo Lai avrebbe sicuramente molte cose da dirci su questa parte del Progetto, e a noi piacerebbe sentircele dire... In effetti ho cercato di impostare la gestione dell'U.O. *laianamente*... Scrivendo, tempo fa, a Lai, e ricordandogli un suo scritto del 1974 (*Regole per la formazione degli operatori di un Centro Medico Psico Pedagogico a orientamento psicoanalitico*, in *Quaderni di Neuropsichiatria Infantile*, Arese, n. 20, vol. 2, pp. 265-280) dedicato ad alcuni aspetti problematici di un Centro Medico Psico Pedagogico *orientato* psicoanaliticamente, gli dicevo che forse è più facile un'impostazione psicoanalitica, in questo caso di un'U.O., che una *laiana*; mi riferivo, chiaramente, ad uno dei criteri della gestione, quello della *felicità* (che, si dovrebbe, nelle intenzioni, coordinare con gli altri, della democrazia e della *managerialità*); felicità, molti sanno, è una *parola chiave* nella recente *enciclopedia laiana* (ricordo il titolo di un suo lavoro ormai famoso: *La conversazione felice*, del 1986).

meze di marzo è stato avviato un nuovo *metodo* di *calcolo* della produttività, dell'U.O. *presa nel suo insieme* e dei singoli operatori *presi isolatamente*¹¹¹. È evidente che gli OO. non hanno aspettato la primavera del 1991 per cominciare a produrre... Ho parlato solo di un nuovo metodo di calcolo della produttività... sul quale, se esso porterà buoni risultati, daremo informazioni dettagliate. I dati, quelli complessivi e quelli parziali, relativi alla produttività dei mesi di marzo e di aprile, sono stati aggregati, disaggregati, riaggregati, secondo vari criteri. Ne sono derivate una serie di conseguenze per l'U. O. presa nel suo insieme e per i singoli OO. presi isolatamente. Il fatto che la gestione della produttività — obiettivi, criteri e strumenti di misura — sia collegiale, nulla toglie alla sua *severità*. Peraltro i singoli OO. sono *titolari* dei sotto-progetti; e ciò comporta, da una parte, una loro *autonomia*, dall'altra, una loro *responsabilità* nella gestione degli stessi¹¹². Si tratta quindi di una gestione dell'U.O., almeno tentativamente, *imprenditoriale*¹¹³.

L'iter del profilo professionale.

¹¹¹ Mosher e Burti impegnandosi sul "Sistema di gratifiche in funzione degli esiti" (1989, pp. 143-145): a) prevedono una serie di premi in danaro alle *equipes* più produttive; b) propongono che sia premiata di più la produttività realizzata sul territorio che non quella realizzata nelle strutture (soprattutto ospedaliere) — si tratterebbe, nel nostro caso, di un bel capovolgimento: infatti, attualmente, al *plus-orario* afferiscono solo gli interventi specialistici, quindi intra-murari — (vedi anche p. 424); c) riportano, come degno d'essere imitato, il modello di Fountain House, dove c'è la consuetudine di far contribuire gli utenti alla valutazione dei risultati (pp. 220-1).

¹¹² La titolarità dei sotto-progetti costituisce anche una misura anti-*burnout*; vedi Mosher e Burti (1989, pp. 233-237). È fondamentale che gli OO. abbiano "il potere di prendere decisioni cliniche sul posto, e se ne sentano responsabili" (p. 233); se non avessero tale potere finirebbero col condividere la posizione di passività tipica dell'utente; anzi, quella posizione di passività che ha prodotto, nell'utente, il disagio su cui essi sono chiamati ad intervenire (p. 234; vedi anche pp. 347, 363-4). In ogni caso essi sostengono che "un servizio pubblico presenta alcuni vantaggi rispetto allo studio o all'organizzazione privata: ha infatti più potere e più risorse. Più potere, perché è il primo filtro e l'ultima spiaggia [...]" (pp. 68-9).

¹¹³ Chi poi, in me, vede anche il docente, ricorderà che anche quest'ultimo *valuta*; esamina, dà voti, promuove, ma anche boccia.

Ma torniamo all'*iter* di cui sopra. Esso è stato accidentato, ma non più del percorso di qualsiasi altro profilo professionale... Diciamo questo perché sia chiaro che non guardiamo ad esso con sussiego misto a disprezzo; ma con curiosità mista ad interesse; pensiamo infatti che agli psicologi che operano da più di vent'anni sia stata data la possibilità di vivere sulla propria pelle il fenomeno estremamente interessante della formazione di un profilo professionale; e che ad essi è ancora data la possibilità di fare — al loro profilo professionale — dei *ritocchi* importanti, dato che l'*iter* è, almeno secondo noi, ancora inconcluso. Certo, poiché identità professionale ed identità personale sono molto collegate, è comprensibile che ciascuno abbia un po' risentito della mancanza di una forte identità professionale — e, talvolta, con vissuti, risonanze emotive, negativi —; ma, per i più curiosi ed avventurosi, si è trattato — e si tratta tuttora — di una *chance* più che di una disgrazia: la *chance* di poter contribuire a definire il profilo della propria professione invece di ereditarlo già bell'e confezionato.

Ritengo utile riandare due momenti dell'*iter* più volte richiamato; faccio questo limitandomi all'arco degli ultimi vent'anni; è solo, infatti, da vent'anni (o poco più) a questa parte che la figura dello psicologo comincia ad operare nei servizi pubblici; talvolta esplicando la funzione psicologica *sotto falso nome*, cioè non avendo *titolo* anche se *competenza*, ad esercitarla.

Due *contaminazioni* marcano il costituirsi della figura dello psicologo pubblico: la prima, più antica, col pedagogo (e la pedagogia); la seconda, più recente, collo psichiatra (e la psichiatria). Lo sfondo su cui possiamo leggere tali *contaminazioni* è rappresentato dall'essere stati, la scuola e l'O.P., negli anni '70/'80, due scene privilegiate, in cui fenomeni socio-economici e culturali che interessavano tutto il paese, si sono manifestati in modo più facilmente osservabile; con in più la possibilità (solo in parte illusoria), per chi calcava quelle scene, di contribuire alla trasformazione dell'esistente.

La prima contaminazione: colla pedagogia.

Nei vecchi Centri Medico Psico Pedagogici operava, oltre al neuropsichiatra infantile, allo psicologo, all'assistente sociale, anche il pedagogo. Quest'ultimo che, inizialmente, era un operatore *aggiunto* all'*équipe* (le era spesso prestato dalla scuola; si trattava talvolta di un Direttore Didattico in pensione e simili), è diventato successivamente un membro stabile dell'*équipe* medesima; probabilmente è anche questo che ha portato ad una *ibridazione* tra

pedagogista e psicologo: ne è risultata una nuova figura: quella dello *psicopedagogista*. Tale figura dopo diversi anni, è scomparsa dai Servizi Sanitari; esattamente al momento del decollo delle UU.SS.LL.; è stata, infatti, assimilata a quella dello psicologo; tale assimilazione è avvenuta in modo molto sbrigativo: gli psicopedagogisti sono stati, dall'oggi al domani, trasformati (attenzione: non dico promossi) in psicologi.

Il fenomeno è abbastanza interessante; tra l'altro esso ha comportato una sorta di incorporazione della pedagogia (che costituiva parte del patrimonio culturale e tecnologico dello psicopedagogista) ad opera della psicologia. Sarebbe forse utile domandarsi che fine abbia fatto quella pedagogia nella psicologia; o meglio: in quale *matrice* comune alle due discipline essa sia confluita; o, meglio ancora, quale *matrice* comune, delle due discipline, essa abbia evidenziato. Un inizio di risposta potremmo forse trovarlo andando ad esaminare quel fenomeno nient'affatto semplice che è rappresentato dalla *prescrizione*; fenomeno che è — o almeno è stato — massiccio nelle terapie brevi, nella terapia sistemico-relazionale e derivati, ma che è presente, a mio modesto parere e anche se in modi che vanno decrittati, in ogni *setting* psicoterapico, anche in quello psicoanalitico originario: mi riferisco al *setting* di Freud (il quale, peraltro, definiva la psicoterapia psicoanalitica come post—educazione — *Nacherziehung*¹¹⁴ —). Non va dimenticato che, in generale, la prescrizione è sempre stata aggettivata come "paradossale": vedi l'esempio classico della prescrizione del sintomo (ad es., a chi soffre di insonnia la prescrizione di un'insonnia ancora più tenace). Tale aggettivazione segnala immediatamente che chi prescrive sa di intervenire in una situazione psicologica complessa e si propone di giocare alcuni degli elementi costitutivi di tale situazione contro gli altri; non si limita cioè a chiedere che si osservi un suo *ordine*; tantomeno si aspetta che un

¹¹⁴ Ad es., in *Über Psychotherapie* (1904), in G.W., V, 25 (tr. it. di M. Tonin Dogana, *Psicoterapia*, in O.,4,438). Lo psicologo, quindi, *post-educa*; educa, cioè, dopo che è stata già erogata un'educazione che, solitamente, è stata responsabile di una serie di danni. Si potrebbe allora dire: psicologo = insegnante di recupero! È evidente che se, in questa prospettiva, psicologia e pedagogia risultano molto avvicinate, è anche vero che gli strumenti educativi che verranno utilizzati in sede di post-educazione saranno notevolmente diversi da quelli *sic et simpliciter* educativi! Essi saranno, cioè, *post-educativi*, o: *psicologici*.

suo ordine sia semplicemente osservato¹¹⁵. È anche vero che, all'interno di una pedagogia più o meno illuminata (illuminata anche da acquisizioni psicologiche) i confini tra prescrizione come *ordine* e prescrizione come *intervento paradossale* è labile; basterebbe pensare al tipo di punizione escogitato dall'educatore di *Piccoli uomini*¹¹⁶ per domare il ragazzo ribelle: costringerlo a fustigare l'educatore stesso! (In fondo, una versione aggiornata della pedagogia che ispira il *piano della salvezza*: costringere l'uomo peccatore a crocifiggere il Cristo [suo salvatore]).

Queste osservazioni consentono, forse, di cogliere, oltre che alcuni punti di differenza, anche alcuni punti di contatto tra due discipline, psicologia e pedagogia, che sono, però, ormai nettamente ditinte.

Qui a Prato il risvolto gestionale di questa problematica di cui finora abbiamo esaminato di più l'aspetto culturale, è stato, anche, un chiarimento tra le UU.OO. di Psicologia e di Neuropsichiatria Infantile. Privi di U.O., gli psicologi ex-psicopedagogisti, hanno teso, negli anni, a funzionare come una sorta di appendice dell'U.O. di Neuropsichiatria Infantile, vissuta ancora nell'ottica del vecchio C.M.P.P.. (Qui è evidente che non si attribuisce alcuna responsabilità di ciò all'U.O. di Neuropsichiatria Infantile; si rileva solo un dato di fatto, peraltro comune a molte altre UU.SS.LL.) È stato necessario recuperare gli ex-psicopedagogisti all'interno dell'U.O. di Psicologia; e, a questo scopo: a) allontanarli dal loro ex-specifico professionale, quello psico-pedagogico; b) collaborare con essi all'individuazione del loro specifico professionale psicologico; invitandoli, a tal fine, anche a superare la *frontiera* che, tradizionalmente, separa l'area dell'età evolutiva da quella dell'età adulta; sollecitandoli, all'interno dell'area dell'età evolutiva, ad un impegno più qualificato sugli interventi tradizionalmente intitolati *0-3 anni*; d) chiarire con gli altri OO., — e questo è avvenuto nel corso nelle varie fasi della stesura del nuovo

¹¹⁵ Vedi le parole di fuoco usate da Mosher e Burti sui "frantendimenti della psicoeducazione" (1989, cap. IX, pp. 251-280); in particolare le pp. 258, 270, 276. Viene chiarito che, nell'ambito della psicoeducazione, si hanno, eventualmente delle prescrizioni solo apparentemente paradossali; vedi p. 268: "Sembra, questa, quasi una 'prescrizione paradossale', che però resta fine a se stessa essendo estranea all'epistemologia psicoeducativa" (citato da Rigliano P., Siciliani O., *Famiglia Schizofrenica e Violenza: un approccio sistemico nonviolento al conflitto familiare*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988).

¹¹⁶ Uno dei famosi romanzi di Luisa Alcott che ha contribuito alla *Bildung* di diverse generazioni di giovani lettori.

Protocollo di Intesa tra U.S.L., Comuni e Provveditorato agli Studi — che la competenza pedagogica, anche quella psicopedagogica, nell'assetto istituzionale attuale, è assegnata all'Istituzione Scuola, che quindi di questo settore deve farsi carico. Non si è però voluto disertare il campo in cui tanto si era lavorato — con grande entusiasmo e con interessanti risultati —; per questo si è proposta, in stretta collaborazione col direttore del *G.O.I.F.*, e Primario dell'U.O. di *Neuropsichiatria Infantile*, dott. Giorgio Bieber, l'integrazione di tutte le iniziative a valenza didattica erogate dagli Enti coinvolti nella stipulazione e nella realizzazione dell'*Intesa*; e questo allo scopo di fornire al corpo docente un *pool* permanente dove andare a cercare, con la possibilità di trovarli, sussidi didattici e strategie educative. Ricordo, peraltro, che il 16 del mese di marzo è stato inaugurato, dall'U.S.L., il *Laboratorio zonale ausili*, e che lo dirige un'operatrice dell'U.O. di Psicologia.

La seconda contaminazione: con la psichiatria.

Questa si realizza in modo *visibile* solo recentemente, quando emerge la nuova figura dello *psicologo psichiatrico*. La vicenda che porta a quest'esito è troppo interessante per non dedicarle due parole di descrizione e di commento. Gli psicologi che operano presso l'O.P. ottengono (nel 1975) l'equiparazione (giuridica, normativa, economica) ai medici. Quando confluiscono nell'U.S.L. (nel 1980) rifiutano il trattamento riservato a tutti gli altri psicologi che, pur provenendo dagli enti più vari, sono stati unificati entro una *medesima* normativa. La conservazione — del tutto legittima — del trattamento pre-U.S.L. viene conseguita in un modo particolare: non come esito di una contrattazione sindacale, ma attraverso un intervento legislativo. Si potrebbe parlare di una sorta di piccolo *colpo di mano* che porta all'introduzione, all'interno della legge di sanatoria dei precari (L. 207/85) dei 431/515isti (LL.431/68 e 515/71). La cosa è davvero interessante. La legge (207) infatti non presume di *sanare* lo stato *precario* degli psicologi — incaricata di questo rimane la legge relativa all'albo (che verrà nell'89) —. Eppure questa legge (la 207) sancisce l'equiparazione ai medici dei 431/515isti. E, fin qui, nulla di particolarmente grave; in aggiunta, però: a) dà loro un nuovo nome: li chiama *psicologi psichiatrici*; b) dà loro una "funzione" differenziata, quella "psicoterapica" (art. 14, comma 3). (Il Comma recita proprio così: gli psicologi psichiatrici sono equiparati ai medici "in quanto svolgenti funzioni psicoterapiche")

La storia potrebbe continuare col racconto di altre intricate vicende. Ma ci fermiamo qui — almeno provvisoriamente — anche

perché ormai molti giochi sono stati fatti e *non si può tornare indietro. Ma si può, anzi, si deve, andare avanti!*

Prima di soffermarci sul problema della psicoterapia così come è risultato impostato e bisognoso di reimpostazione alla fine di queste vicende, vogliamo fare una precisazione fondamentale: dal 1985, anno dell'equiparazione — con effetti retroattivi — degli psicologi psichiatrici, *scopo di tutti gli psicologi è ottenere l'equiparazione agli equiparati*; attiro la vostra attenzione sulla formulazione adottata: "equiparazione agli equiparati"; da essa, infatti, traspare chiaramente non l'intenzione di ottenere l'equiparazione ai medici, sibbene ad un gruppo di psicologi che fruiscono dell'equiparazione ai medici; e fanno questo non come gruppo *ad esaurimento*, ma ancora *in carriera*. Infatti la C.M. 900.3/Contr. 1/E 2/690 del 3 novembre 1990 (essa recita così "[...] il provvedimento di equiparazione deve essere ritenuto operante per tutta la *carriera* (c.n.) lavorativa degli aventi diritto [...]") ha stabilito la possibilità, per gli psicologi psichiatrici, di continuare il loro *cursus honorum*, che fino ad allora era invece rimasto *congelato* !

Spesso nel passato, lo è ancora adesso, tale gruppo è stato qualificato come una sorta di gruppo *battistrad* ! Ebbene: un pezzo di strada, effettivamente, è stato fatto. Il nuovo contratto recepisce in molti punti le pressioni dell'intera categoria che vuole utilizzare la L. 207 come un *precedente*. E si tratta di un grosso precedente; di un precedente legislativo, non giurisprudenziale!

Ma partiamo da più lontano: la psicologia, già prima del recente Contratto, faceva parte delle *Attività Specialistiche*... (Aprò qui, a proposito di queste ultime, una piccola parentesi: è un *segno dei tempi* il fatto che il dirigente dell'U.O. di Psicologia dell'U.S.L. 10/F, abbia recentemente concorso, con forti *chances* di successo — non conosco l'esito della cosa — alla nomina di Coordinatore delle Attività Specialistiche di quell'U.S.L.. Non sto a commentare la notizia; mi sembra di averlo già fatto prequalificandola *segno dei tempi*¹¹⁷) Come vedete, lo psicologo non è più *l'operatore unico*, che era stato, forse più di ogni altro, nei primi anni settanta; quando era stata coltata l'utopia di un operatore portatore della sintesi tra le varie

¹¹⁷ E pensare che in un'U.S.L. illuminata come mi è parsa, e penso che sia, questa di Prato, è solo con molta fatica che si è ottenuta la collocazione, per la *timbratura*, nella categoria, nella fascia dei laureati non medici (come da contratto e da legge)! Se una cosa così assurda come questa può accadere a Prato, mi dico, — anche se riesco a darmi tutta una serie di ragioni e giustificazioni — vuol dire che la questione *psicologia*, a Prato e altrove, è ancora del tutto aperta!

competenze, portatore in se stesso di una *micro équipe*; con esiti talvolta (molto raramente) felici, ma, in generale, col risultato catastrofico di un appiattimento straordinario della professionalità. Lo psicologo fa parte della fascia dei laureati non medici (fisici, chimici etc); lo psicologo può essere eletto direttore del D.S.M.... Proseguendo l'elenco degli aspetti della figura, giuridica e professionale, dello psicologo che segnano un progressivo suo avvicinamento all'area medica, possiamo ricordare che lo psicologo ha uno spazio anche fisico all'interno all'Ospedale; ma, che, soprattutto, ha un'operatività interna ai servizi sanitari. E non solo fianco a fianco — com'è ormai più che ventennale tradizione — con lo psichiatra e il neuropsichiatra infantile, ma anche con altre categorie di medici: mi riferisco qui alla collaborazione, ormai tradizionale, a Prato, con *Chirurgia 2* (ora estesa a *Chirurgia 1*) nel settore *oncologico*; più recentemente, con *Malattie Infettive* nel settore dell'*Aids*, con *Anestesiologia* nel settore della *terapia del dolore*... Per quanto riguarda poi la più che ventennale collaborazione con *Psichiatria*, abbiamo proposto una collaborazione con essa anche nel costituendo *Dipartimento dell' Urgenza e dell'Emergenza*. Riteniamo infatti che un ascolto psicologico (ed una prima risposta psicologica — indifferentemente se prestati da uno psicologo o da uno psichiatra —) siano fondamentali nel momento dell'urgenza e riteniamo che essi — ascolto e risposta — debbano avvenire prima e non dopo l'intervento sedativo. Porsi all'ascolto in un momento successivo all'urgenza (in prima istanza sedata) ci sembra organizzare un vero e proprio spreco: quello delle energie psico-fisiche che il paziente ha erogato per poter mettere in essere la crisi. In quest'ultima la sua domanda, che si è fatta più urgente, drammatica, proprio per questo, da una parte è diventata più oscura, dall'altra — per l'interessato, che poi si è trasformato, attrezzandosi, in esperto — è invece diventata più chiara; sì, più chiara, proprio grazie alla drammatizzazione, alla *messa in scena* che ne è stata realizzata.

Resta comunque ancora da conseguire la completa parificazione col personale medico — che, l'abbiamo visto più sopra, noi preferiamo esprimere più *elegantemente* nei termini di una *equiparazione agli psicologi equiparati* —. La C.M. N. 900-3/contr. 1/E2/581 del 19 sett. 1990, reintervenendo, in sede interpretativa, sull'art. 14 della L. 207/85, invita tutte le Regioni ad *estendere* l'equiparazione agli "assunti nei *servizi* (c.n.) psichiatrici" — fino ad allora era stata limitata agli "assunti negli *ospedali* (c.n.) psichiatrici"; ma la cosa più interessante precede il settembre dello scorso anno: mi riferisco alla C.M. 900.3/Contr. 29; B/308, del maggio 1990. In

essa, tra l'altro, si dichiara — scusate la lunghezza della citazione — "priva di fondamento giuridico e culturale l'interpretazione secondo la quale detta equiparazione derivi dall'appartenere a un particolare profilo professionale, quello degli 'psicologi psichiatrici', dizione peraltro impropria, la cui caratteristica sarebbe quella di 'svolgere funzioni psicoterapiche'. Tale interpretazione svilirebbe i contenuti ben più articolati del profilo professionale dello psicologo, quale puntualmente descritto del D.P.R. n. 1219 del 1984. Sarebbe arbitrario introdurre differenziazioni di inquadramento normativo sulla base di una singola funzione: nella specie quella psicoterapeutica che, fra l'altro, deve ancora essere più compiutamente regolamentata in base alle indicazioni della legge n. 56/1989".

È molto interessante: a chiare lettere:

1. viene dichiarato arbitrario introdurre differenziazioni di inquadramento normativo sulla base di una "singola funzione": cosa fatta però dalla L. 207/85!
2. viene segnalato il D.P.R. n. 1219 del 1984 come fonte delle indicazioni relative al, chiamiamolo così: "mansionario" dello psicologo; viene precisato che esso va ben al di là dello svolgimento della funzione psicoterapeutica!
3. viene definita "impropria" la dizione "psicologi psichiatrici".

Praticamente, tale C.M. colpisce il *cuore* della motivazione della L. 207/89. Che resta, a questo punto, di questa legge? Noi proponiamo: nulla, sia sul piano "culturale" che su quello giuridico! Tra l'altro: il gruppo *ad esaurimento* è stato rimesso in *carriera*; è stata ridefinita in modo *più estensivo* la norma che regola l'accesso alla perequazione. Stranamente, rimane ancora la *differenza* tra chi un bel giorno si fece assumere dalla Provincia e chi invece si fece assumere da un altro ente, ad esempio dal Comune! Tutto qui? Non vi sembra ridicolo? A me, francamente, sembra proprio ridicolo. Proprio per questo ritengo che, allo scopo di *sanare* — ogni tanto si tratta di sanare qualcosa! — la situazione di forte sperequazione tra psicologi e psicologi, è necessario estendere l'equiparazione stabilita da quella legge! Su questo tutti sono d'accordo; il problema sono i modi e i tempi.

Noi che, negli anni passati, abbiamo cercato di contrastare tale equiparazione — e che, a questo punto, siamo costretti a chiederne l'estensione — dobbiamo precisare che questa dovrà avvenire, quando avverrà — perché, prima o poi avverrà — in contemporanea con una più marcata distinzione dal medico: lo psicologo *non* è un medico, *non* ha bisogno di essere un medico, *non* deve essere un medico; così come *non* deve essere un pedagogista od altro.

L'equiparazione al medico dovrà avvenire soltanto sul piano giuridico, normativo, economico; contemporaneamente dovrà essere ricercato e focalizzato lo *specifico* professionale che distingue lo psicologo dal medico, lo specifico professionale che, nello psicologo, serve al medico. Sappiamo che, per lunga consuetudine, il medico si rivolge allo psicologo quando si trova arreso; o, per essere più chiari, quando gli *esami* sono risultati tutti negativi; cioè: quando, almeno apparentemente, non c'è *nulla* che giustifichi o spieghi l'esistenza di un processo morboso in atto. Lo specifico professionale dello psicologo consiste nell'occuparsi di questo *nulla*, nel renderlo visibile, trattabile¹¹⁸.

¹¹⁸ L'*excursus* legislativo che ho fatto è, chiaramente, imperfetto. Mi si darà atto, comunque, ch'esso è abbastanza particolareggiato; e, comprensibilmente, dato che si prefigge di illuminare un problema nient'affatto "datato", che aspetta una soluzione, anche se molti ne vorrebbero l'archiviazione. Avevo chiesto alle dott.sse Maria Pia Teodori (U.S.L. di Grosseto, Regione Toscana) e Sandra Rogialli (U.S.L. di Arezzo, Responsabile della Consulta Psicologi C.G.I.L. della Regione Toscana), i cui interventi nel corso del dibattito mi erano sembrati contenere preziosi contributi alla precisazione dell'*excursus*, di inviarmi delle integrazioni scritte a questo mio intervento. A causa del ritardo delle colleghe, in parte giustificato anche dalla relativa rapidità della preparazione e pubblicazione degli Atti, sono costretto a limitarmi a citare le parti dei loro interventi connesse all'*excursus*.

1. Maria Pia Teodori (secondo l'ordine cronologico degli interventi): precisazione circa la "particolarità" tutta toscana dell'U.O. di Psicologia: "[...] vorrei soltanto rammentare [...] che l'U.O. di Psicologia è nelle Attività Specialistiche in Toscana! Cioè, in altre Regioni c'è un'organizzazione di UU.SS.LL. diversa; ovviamente: ogni Regione c'ha la sua organizzazione dell'Unità Sanitaria Locale. In Lombardia, per es., è nel settore dei Servizi Sociali; in Emilia, non esiste come U.O., ma ci sono i Servizi organizzati su alcune fasce di utenza — cioè il Servizio Materno/Infantile, il Servizio di Igiene Mentale etc — con un'organizzazione di tipo verticistico, in cui lo psicologo è *uno* (c.n.) dell'*équipe*. Quindi l'organizzazione per Servizi, in cui lo psicologo è nelle Attività Specialistiche, è soltanto nostra... Credo che sia una *specialità* (c.n.); cioè, credo che sia anche una vittoria, in qualche modo, della tradizione culturale psicologica che c'è in Toscana, se dei funzionari, nel momento in cui hanno organizzato le caselline dell'U.S.L., hanno deciso che l'attività di psicologia era, intanto, un'O.O.; e questa è, sicuramente, una delle cose che abbiamo noi; e che questa U.O. fosse nelle Attività Specialistiche [...]. Questa è la *particolarità* (c.n.)! Col che si sono voluti dare dei messaggi; evidentemente; c'è una filosofia che guida

La psicoterapia: *solo* un aspetto del profilo.

Torniamo quindi alla psicoterapia. Voi tutti sapete che la psicoterapia ha costituito il *pomo della discordia* tra psicologi e medici; la battaglia — che, in verità non ha fatto onore a nessuno — su questo *contenzioso* si è prolungata negli anni ed ha impedito una più rapida conclusione dell'*iter* della formazione dell'*Albo* degli psicologi. La L. 56/89 stabilisce che sia il medico che lo psicologo possono fare psicoterapia *se formati*, e solo se formati, a farla. È previsto un *elenco* speciale — intermedio tra i due Ordini — a cui accederanno i medici e gli psicologi qualificati.

Le vicende che hanno avuto — e continuano ad avere — come epicentro la L. 207/85 hanno rischiato di fare diventare la psicoterapia, *grottescamente*, pomo della discordia anche tra psicologi e psicologi. In verità la legge 207/85 non parla neppure di *psicoterapia* ma di funzione *psicoterapica* ! Quanto però è bastato per ingenerare il sospetto — in verità non del tutto infondato — che gli psicologi psichiatrici, in anticipo sulla legiferazione dell'*Albo*, si insediassero per primi e con garanzie legislative, nel ruolo psicoterapico. Tutto questo, ed altro ancora, ha prodotto un risultato spiacevole: l'abnorme concentrazione dell'interesse della quasi totalità degli psicologi sulla psicoterapia; la quale ha finito col diventare l'elemento fondante dell'identità dello psicologo. Come dire: lo psicologo è in tanto psicologo in quanto è psicoterapeuta. Da una ricerca fatta (tra l'86 e l'87, sulla psicoterapia nei servizi pubblici

queste cose, che conoscete meglio di me! Una, che le Attività Specialistiche non sono *tout court* attività mediche! [...] E l'altra [...] che, appunto, il tipo di intervento che fa lo psicologo, non è immediatamente [...] un intervento di prima battuta! Cioè [...] la richiesta che arriva allo psicologo è già codificata come una richiesta di intervento psicologico."

2. Sandra Rogialli: precisazione relativa alla conservazione del profilo psicologico dello psicologo psichiatrico. "Sul problema culturale della definizione 'psicologo psichiatrico' [...] e sulla discussione del profilo da dare a chi manteneva l'equiparazione [...]: come Regione Toscana, C.I.G.L. della Regione Toscana, siamo stati quelli che — a livello nazionale — hanno sostenuto che il profilo professionale *non poteva né doveva essere cambiato* (c.n.); infatti, lo psicologo rimane in Tabella G, pur con l'equiparazione economica, giuridica e normativa al medico; quindi non cambia profilo professionale, perché i medici sono in Tabella A."

fiorentini¹¹⁹), ci è risultato che la gran parte degli psicologi, in tali servizi, era *dedita* alla psicoterapia. Abbiamo ricavato addirittura l'impressione che tale psicoterapia costituisse *anche* una risposta ai bisogni dell'utenza, ma che essa fosse *sicuramente* la risposta ad un bisogno — anche se molto comprensibile — degli operatori; bisogno di identità professionale. Voi capite bene che la questione rischia di farsi spinosa. Sappiamo tutti che è esiziale alla bontà dell'intervento psicoterapico il bisogno del terapeuta di fare il terapeuta; giustamente Mannoni (Octave) segnala in Freud, come tratto distintivo (e beneaugurale) della sua *qualità* di psicologo, l'identificazione col paziente (gli isterici della Salpetrière¹²⁰); che è tutt'altra cosa dall'identificazione col terapeuta!

Qualche mese dopo il mio arrivo, d'accordo con i colleghi, ho rimosso tutte le scritte (Psicoterapia Infantile, Psicoterapia Adulti) che ornavano il frontespizio di tutte le stanze dell'U.O.. Ormai i tempi sono maturi perché lo psicologo abbandoni una battaglia diventata di retroguardia e si riconosca in primo luogo come psicologo (che poi, tra i tanti suoi compiti e le relative competenze, ha quello della psicoterapia). Peraltro non va dimenticato — o è giunto il momento di ricordarlo — che la psicoterapia è compito e competenza *anche* degli psichiatri e dei neuropsichiatri infantili e, siccome a Prato, ci sono due UU.OO. di Psichiatria e una di Neuropsichiatria Infantile, la torta, se di torta si tratta, va divisa per quattro. Si è trattato — nel *vissuto* degli psicologi — di una torta, è vero; ma, i tempi sono maturati in modo tale che sulla bontà della torta prevale ormai la durezza del compito di mangiarsela e di digerirsela! Infine lo psicologo pubblico — quello che opera nell'U.O. di Psicologia — deve prefiggersi di erogare una psicoterapia pubblica, diversa da quella privata (anche perché deve fronteggiare i bisogni di un'utenza, spesso, radicalmente diversa da quella che si rivolge ai servizi privati). Noi abbiamo fatto uno sforzo per indicare le caratteristiche della psicoterapia pubblica (o erogata *nel e dal* pubblico)¹²¹ — vedi il sotto-progetto Psicoterapia —; ed

¹¹⁹ Cesario S., a cura di, 1987, *La psicoterapia nei servizi pubblici fiorentini*, Università di Firenze, Regione Toscana.

¹²⁰ Octave Mannoni, *L'analisi originaria* (pp. 21-42), in *L'analisi originaria*, Armando, Roma, 1973, pp. 32 sgg..

¹²¹ Peraltro solo l'ente pubblico può realizzare la "scelta collettiva di investimento che nessuna *imprenditorialità legata al profitto* (c.n.) può sostenere: l'esempio nell'intervento di crisi, che comporta l'azione di un'intera *équipe* per molte ore-lavoro su un singolo paziente, e che sarebbe improponibile in termini di profitto, è uno dei più evidenti". Ho citato dall'*Introduzione* di Pier Francesco Galli a *Strategie di psicoterapia*

abbiamo segnalato, l'opportunità che l'Ospedale di Prato, una volta diventato *Ospedale d'insegnamento*¹²² a regime, crei un settore di insegnamento della psicoterapia nei servizi pubblici. Contribuendo, con ciò stesso, a coprire una fetta di intervento che l'Università cercherà in minima parte di coprire con le nuove Scuole di Specializzazione in Psicologia Clinica, e in massima parte con la convenzione con Scuole di Formazione private. Si tratta di un'occasione che Prato non deve lasciarsi sfuggire.

Un'iniziativa che abbiamo preso, come U.O., è stata la creazione di un *Laboratorio di tecniche conversazionali* (quest'ultimo è stato inaugurato il 20 aprile scorso). L'idea deve molto alle suggestioni di Giampaolo Lai. Di fatto si tratta di una sorta di azzeramento dei vari *setting* psicoterapici a quello *conversazionale*. Come dire: l'essenziale delle varie psicoterapie è che esse sono delle conversazioni. Già nel 1880, una paziente di Breuer (con cui, a quell'epoca, collaborava Freud) suggerì a quest'ultimo di chiamare la sua cura: cura con le parole (*talking cure*¹²³). Lai propone, e noi gli veniamo dietro, l'opportunità di studiare le tecniche conversazionali e di costruirne un *Dizionario* (ha fondato una rivista chiamata *Tecniche*). Recentemente Mara Selvini Palazzoli, che non cessa di meravigliarci, ha fatto un'altra delle sue *svolte* clamorose — rimasta, a mio avviso, stranamente, quasi ignorata — convergendo sulla tecnica

e riabilitazione (di R. Siani, O. Siciliani, L. Burti, Feltrinelli, Milano, 1999, p. 8). Galli, su questo tema, e con questo taglio, ritorna costantemente (vedi, ad es. il recentissimo *Problemi della formazione in psichiatria*, in *Psicoterapia e scienze umane*, 1, 1991, pp. 7-12). Risulta evidente la distinzione tra imprenditorialità legata al profitto (vedi sopra) — che caratterizza il privato (1991, p. 11) — e imprenditorialità non legata al profitto, ma finalizzata al "progresso nella ricerca" (sopra, 1990, p. 8), che deve caratterizzare il pubblico. Citiamo, a costo di far ripetere a Galli il suo pensiero, il secondo intervento che abbiamo segnalato (1991): "Per chi non abbia un'ottica riduttiva dell'attività psicoterapeutica, è evidente che i servizi pubblici siano *l'unico luogo* (c.n.) nel quale il massimo di tecnologia disponibile possa trovare spazi d'intervento non altrimenti proponibili. Gli interventi in *équipe non possono essere remunerativi* (c.n.), come peraltro quelli compiuti da più operatori, sullo stesso utente, con un impianto psicoterapico: risulterebbero fuori da ogni *logica imprenditoriale privata*". Riteniamo queste precisazioni anche chiarificatrici del nostro approccio *manageriale*, di cui più sopra.

¹²² Vedi gli *Atti del Convegno Internazionale sull'Ospedale di Insegnamento*, Prato, 1/2 Dicembre 1989, 1991.

¹²³ Ad es., in *Über Psychoanalyse* (1909), in G.W., VIII; tr. it. di A. Staude, *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*, in O., 6, p. 132.

conversazionale (con l'aiuto di Viaro e Leonardi¹²⁴). Lo scopo che Lai si prefigge, e che noi condividiamo, oltre quello di tentare di creare una sorta di *viabilità* nella *selva* delle psicoterapie, è quello di consentire un confronto tra OO., confronto certo agevolato dallo *sganciamento* (altra parola chiave nell'*enciclopedia* laiana) delle *tecniche* dalle *teorie*.

In pratica si è proceduto ad una generalizzazione di alcuni elementi del *setting* classico della terapia sistemico-relazionale della famiglia: mi riferisco all'uso dello specchio unidirezionale, all'uso della videoregistrazione di ciò che succede in seduta. Il materiale raccolto in questo modo, permette al terapeuta di accedere alla possibilità di autosupervisionarsi, considerando, in un secondo momento, quasi fosse un altro se stesso, quel che ha fatto nella seduta e che può osservare e riosservare riandando il nastro; lo stesso materiale però, soprattutto se sbobinato e approfonditamente studiato, consente ulteriori verifiche con altri OO. e la pubblicizzazione, nelle maniere dovute, di ciò che solitamente rimane chiuso nella stanza della terapia, oggetto di *segreto professionale*. Ora noi sappiamo bene che questo segreto, che in teoria dovrebbe difendere il paziente e difende, invece, soprattutto il terapeuta, non serve a nessuno. È importante sapere che cosa succede in terapia, come in qualsiasi altro evento conversazionale; sapere che cosa succede permette di imparare a rifare succedere di nuovo ciò che è apparso utile, a non fare più succedere ciò che è risultato invece dannoso¹²⁵. Ma di queste cose, penso, ci parlerà più diffusamente e meglio Lai medesimo.

Come luogo di confronto e di verifica il *Laboratorio* è, e non potrebbe essere diversamente, uno spazio dipartimentale. Pur essendo in dotazione dell'U.O. di Psicologia, è usato, non solo frequentato, dagli OO. delle UU.OO. di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, del Servizio Sociale etc.¹²⁶.

¹²⁴ Mara Selvini Palazzolo, *Introduzione*, in *Conversazione e terapia*, M. Viaro e P. Leonardi, Cortina, Milano, 1989, pp. IX-XIV.

¹²⁵ Alcuni sani dubbi — sull'automaticità di un tale *apprendimento* — li suggerisce Carlo Sini, nell'*Intervista al filosofo Carlo Sini*, ultimo numero di *Tecniche* (5, pp. 92-100).

¹²⁶ Il sottotitolo del *Laboratorio* è *Centro di Terapia della Famiglia*. Infatti: 1) a Prato, dal 1980, è operante un gruppo di OO. formati nell'ottica sistemico-relazionale; 2) già prima della nuova gestione, presso l'U.O. erano predisposti gli spazi — era stato già installato lo specchio unidirezionale — per il *Centro di Terapia della Famiglia*. La nuova gestione semplicemente: a) ha fatto sì che l'U.S.L. completasse la fornitura dell'attrezzatura del Centro; b) ha conservato la dizione *Centro*

Il nulla: nelle problematiche affrontate dallo psicologo e nello strumentario in dotazione dello stesso. (Di nuovo sulla seconda contaminazione).

Cerchiamo adesso di fare un'ipotesi, equivalente a quella fatta più sopra a proposito dei rapporti tra pedagogia e psicologia, questa volta a proposito di quelli tra psicologia e psichiatria. In questo caso ci troviamo costretti ad usare il tempo futuro; infatti, mentre la prima contaminazione è stata ormai archiviata, la seconda è in piena fioritura —. Ebbene, se cerchiamo di capire in quale *matrice* comune alle due discipline, psichiatria e psicologia *confluiranno* una volta che sarà stata superata la figura dello psicologo psichiatrico; o meglio ancora, quale *matrice* comune, delle due discipline, la figura *bastarda* (*ibrida o sincretistica*) dello psicologo psichiatrico *sarà* servita ad evidenziare... ci troviamo a mal partito. Possiamo solo fare alcune considerazioni:

1. Anche la psichiatria è una professione in crisi evolutiva; solo recentemente si è staccata dalla neurologia; ha cercato di staccarsi anche dalla psicofarmacologia approdando anch'essa alla psicoterapia; ha cercato di incorporarsi la sociologia o di farsi da essa incorporare, approdando infine ad una distinzione, ancora non per tutti chiara, tra le due specialità, ma anche ad una collaborazione più fattiva tra di esse...
2. La figura dello psicologo psichiatrico, al di là della plurideterminazione da cui è nata, ben rappresenta la crisi che psichiatria e psicologia vivono: il fatto che sono destinate a viverla insieme; il fatto che all'ordine del giorno non è più il rapporto tra psichiatria e sociologia ma tra psichiatria e psicologia, e viceversa.
3. Penso, perché mi sembra carico di senso, al fatto che, pochi giorni dopo il mio arrivo, sono stato chiamato d'urgenza dal dott. Alfio Cantini (primario dell'U.O. di Neurologia): una paziente nel suo

di Terapia della Famiglia (anche se in subordine rispetto a quella di *Laboratorio di Tecniche Conversazionali*) per rispetto alla storia della psicologia pratese ed alla formazione del gruppo di OO. impegnato nella terapia sistemico-relazionale della famiglia; c) ha orientato il tutto *altrove*; nell'ottica, cioè, laiana delle *tecniche conversazionali*; che, per una sorta di *Aufhebung*, conserva il vecchio o l'esistente e lo supera; da cui l'insegna *Laboratorio di Tecniche Conversazionali*; d) ha, quindi, come si dice, *ottimizzato* la struttura, *estendendone* l'utilizzazione a *tutti* gli OO. del D.S.M. e a *tutti* i tipi di intervento psicoterapico e *non* specificamente psicoterapico.

reparto ne faceva di tutte... Era arrivata — pur essendo paralitica — a mordere gli infermieri... Dopo il lungo colloquio con la paziente, concluso senza ricevere — né dare — morsi, ho chiesto al dott. Alfio Cantini come mai avesse chiamato me e non uno psichiatra; mi ha risposto che, secondo lui, la signora era soprattutto un *caratteraccio* ; inoltre la signora avrebbe molto probabilmente rifiutato un colloquio con uno psichiatra il quale, *anche semplicemente in quanto medico*, l'avrebbe fatta sentire *malata*, anche se malata psichica. Lo psicologo quindi, per ragioni che *esulano* dal suo maggiore o minore contributo storicamente determinabile al rinnovamento dei servizi di salute mentale, *proprio e semplicemente in quanto psicologo*, in quanto *non* medico, *non* psichiatra, da seppure costretto a confrontarsi col *nulla* di cui sopra, ancora di più dopo che ha rinunciato, come garanzia del suo *know-how*, alla *batteria* dei *test* (di livello, attitudinali, proiettivi...)¹²⁷ che una volta gli faceva tanta buona compagnia, più facilmente raggiunge col malato mentale, ridefinito da molti, tra psicologi e psichiatri, sofferente psichico, un rapporto, come dire, quasi paritario, *da uomo a uomo*. Ma, ripetiamo, questo non è legato alle scelte dello psicologo. *È legato al suo status*; molto a quel ch'egli *non è* : *non* è medico, *non* è erogatore di ricette, di farmaci, *non* è, necessariamente, erogatore di *test*. Sembra dunque che lo psicologo debba costruire la propria professionalità su di una *manca*za, su di un *non* essere, sul riconoscimento e sull'utilizzazione di un *non* potere: ad es., di dare farmaci. Rinunciando, addirittura, al potere che invece gli è riconosciuto — e, forse, giuridicamente è *solo* suo! — di fare dei *test*! Lo psicologo pronuncerà quindi *solo* delle parole, adotterà *solo* delle strategie conversazionali¹²⁸. Venderà cioè, come si dice volgarmente, del

¹²⁷ Anche se, nel tentativo, in parte anche lodevole, di individuare, e di difendere, lo specifico professionale dello psicologo, so che il *Coordinamento degli psicologi dirigenti* si prefigge di procurare allo psicologo l'*esclusiva* dell'uso dei *test* come dire: gli psichiatri facciano pure le loro *ricette*, lascino però a noi fare i nostri *test*! Come vedete il nostro approccio si situa altrove!

¹²⁸ Freud sostiene che "fra paziente e analista non accade *nulla*, se non che parlano fra loro (Es geht *nichts anderes* zwischen ihnen vor, *als daß* sie miteinander *reden*) [c.n.][...]. L'analista riceve il malato in una data ora del giorno e lo lascia parlare, lo sta ad ascoltare, poi gli parla a sua volta ed è l'ammalato che ascolta" (in *Die Frage der Laienanalyse* [1926], in G.W., v. XIV, p. 213; tr. it. di Cesare Musatti, *L'analisi dei non medici*, in O., v. 10, p. 355); altrove: "nel trattamento psicoanalitico non

vento. E si vedrà se questo vento porterà delle tempeste, anche al di fuori di un bicchier d'acqua...

Avrete, penso, apprezzato la nostra insistenza sul *non*, sul *nulla*; vogliamo ricordarvi che specifico compito dello psicologo è lavorare, non soltanto con un *nulla* di strumenti, ma anche col vissuto del *nulla* che gli portano, in una forma o l'altra, i pazienti.

si procede a *nient'altro che* (geht *nichts anderes* vor) [c.n.] a uno *scambio di parole* (als ein *Austausch von Worten*) tra l'analizzato e il medico" (in *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse* [1915-17], in G.W., XI, 9; tr. it. di M. Tonin Dogana ed E. Sagittario, *Introduzione alla psicoanalisi*, in O., 8, 201).

Le nostre citazioni di Freud vanno completate dalla seguente precisazione: i nostri "scambi di parole" sono ancora più *poveri* di quanto non fossero, per Freud, quelli in cui egli si impegnava. Infatti, a differenza da Freud, che considerava la conversazione psicoanalitica una conversazione speciale, *sui generis*, regolata, cioè, da leggi diverse da quelle che regolano le usuali conversazioni di tutti i giorni, noi consideriamo le nostre conversazioni psicologiche (anche quelle psicoterapiche) del tutto simili, quanto al loro *statuto*, a tutte le altre *comuni* conversazioni. (Vedi, nel lavoro già citato del 1926: "[...] l'analisi è un procedimento *sui generis*, qualcosa di nuovo e specifico" (p. 357); poco prima (p. 356) si afferma che, nell'analisi, i "rapporti personali" e gli "scambi di idee" sono "dominati da condizioni [...] inabituali".

Mosher e Burti raccomandano ripetutamente l'uso del "linguaggio comune" (1989, pp.41-3, 155, 192). Tale uso, viene addirittura introdotto nei "nove ingredienti terapeutici essenziali"; si tratta del quinto: "Normalizzazione dell'esperienza della psicosi tramite la sua contestualizzazione, la sua definizione in termini positivi e l'uso, per parlarne, del linguaggio di tutti i giorni" (ib. p. 192). "Per noi, un attributo irrinunciabile di un buon operatore psichiatrico è la capacità di comunicare nel *linguaggio quotidiano, corrente dell'uomo della strada*, sapendolo adeguare al contesto — la capacità cioè di adattare un linguaggio molto chiaro e relativamente semplice alle circostanze interpersonali, culturali, etniche e religiose in cui si trova. Per aiutare i tirocinanti a sviluppare questa *abilità*, diciamo loro di immaginarsi in un paese straniero, impegnati in una *conversazione* molto importante con qualcuno che possiede una conoscenza rudimentale della loro lingua. Per essere capiti devono comunicare prevalentemente nel tempo presente, con frasi semplici e affermative, usando un linguaggio il più possibile elementare. Li invitiamo anche ad ascoltare attentamente gli errori ricorrenti dell'interlocutore nell'impiego delle costruzioni linguistiche, e a sforzarsi di modificare di conseguenza la struttura delle proprie frasi, adeguandosi allo stile degli errori e rendendole così più comprensibili. La comprensione reciproca riveste per noi un'importanza fondamentale" (ib. p. 42; i corsivi sono nostri).

Che cosa è l'angoscia — sottostante la quasi totalità delle sofferenze psichiche (secondo Searles, anche della schizofrenia) — se non il senso del *nulla*, che diventa spesso paura del *nulla*; in altre parole paura della morte; della morte *sic et simpliciter*, ma anche di quella morte che ripetutamente interviene nell'arco stesso della vita, spesso sotto forma di una necessità di cambiamento; e, all'interno della relazione terapeutica, anche sotto forma di possibilità reale di cambiamento/guarigione? Si comincia quindi a capire che il *nulla* che tocca in sorte allo psicologo come bagaglio tecnologico è un *nulla* provvidenziale; è proprio LO STRUMENTO di cui egli deve dotarsi; si potrebbe dire che si tratta di un farmaco omeopatico!

4. Tutto questo riguarda lo psicologo. Ma, per una serie di profonde affinità, anche lo psichiatra. Il futuro ci dirà se lo psichiatra si attesterà sulle posizioni dello psicologo o se, invece che alle parole, si affiderà ai numeri: penso all'avvento di un super D.S.M. III riveduto e riorrettato che avrà saputo compiere una rinuncia ancora più radicale a tutte le teorizzazioni, grandi e piccole, e le avrà ridotte a descrizioni valide solo per il consenso maggioritario che avranno saputo riscuotere; in attesa ancora, o già in possesso, dei farmaci risolutori. Forse allora la psicologia sparirà (o entrerà in clandestinità). E, in fondo, si sarà realizzato un voto — ed una previsione — di Freud; guarda un po', uno dei padri della psicologia moderna!

CAPITOLO TERZO

I RISULTATI CONVERSAZIONALI

Giampaolo Lai.

Bene, gentile chairman, Giueppina Devoto, la ringrazio molto per queste parole di introduzione. Ringrazio molto, naturalmente, e soprattutto, l'amico Salvatore Cesario, non solo per il fatto che mi ha invitato a partecipare ai vostri lavori, ma per tutte le cose che ha fatto ultimamente, che sono culminate nella inaugurazione, giorni fa, del *Laboratorio delle Tecniche Conversazionali* che, da quanto ho saputo, ha ricevuto nientemeno che la apostolica benedizione del vescovo. Effettivamente i vescovi possono insegnarci moltissimo in quanto alle tecniche conversazionali perché è da duemila anni che utilizzano la dimensione retorica nella loro attività, con i risultati, veramente invidiabili, che tutti abbiamo sotto gli occhi, non fosse altro che in chiave di proselitismo.

Effettivamente, parlare di conversazione, di tecnica conversazionale, dopo quello che ci è stato magistralmente introdotto prima da Salvatore, pone dei problemi non indifferenti. Perché, commentando prima, insieme con Giuseppina, mentre si ascoltava la relazione... si diceva che occorrerebbe un incontro di tre giorni, dedicato unicamente a commentare paragrafo per paragrafo, se non capitolo per capitolo, quello che ci è stato appena, appena detto, che spazia nei campi più vari, dagli aspetti tecnici agli aspetti amministrativi, agli aspetti, anche, filosofici ed etici di questa dimensione conversazionale, nelle sue intersezioni con la psicologia, con la psichiatria, con la medicina, con la pratica del vivere quotidiano.

Il mio intervento, diversamente da quello di Salvatore, cercherà di essere squisitamente tecnico, limitato esclusivamente ad alcuni aspetti tecnici della dimensione conversazionale. Il tempo a disposizione sembra abbastanza ampio ancora, perché avremo fino alle 13.00, e dovremo dividerlo assieme all'amico Vittorio Cigoli, che ho il piacere di rivedere qui dopo molti anni... Abbiamo collaborato insieme molti anni fa, in chiave di lavoro psicoanalitico. Poi ciascuno di noi due ha seguito *iter* differenti, che hanno portato il Vittorio Cigoli

alla posizione prestigiosa di cattedratico di *Psicologia Sociale*, e me a battere le strade della *feliciologia* e del *conversazionalismo*.

Come vedete la tiro un po' per le lunghe aspettando che arrivino tutti quanti prima di dire le due o tre cose sulle quali poi intendo focalizzare la nostra conversazione.

Effettivamente la nostra conversazione mi sembra possa prendere strade differenti. Tanto per cominciare, chi è che mi aiuta a portare un po' più in qua questo aggeggio... [Si tratta della lavagna]. Era per muovermi... altrimenti... bisogna muoversi un po'! Mi sono fatto portare anche un... mi sembra un cane con la corda corta... [alludendo alla misura del filo del microfono; arriva il tecnico e provvede].

Vedete che quando si parla di tecniche conversazionali l'aspetto può essere posto, di volta in volta, sulla dimensione conversazionale, "conversazione", oppure sulla dimensione tecnica. Senza il tecnico avrei avuto difficoltà molto grandi a parlare in modo da farmi intendere anche da lontano.

Mi sembra che ci siamo quasi tutti... Quindi... ciò su cui volevo focalizzare la vostra attenzione oggi è un po' su due o tre termini; in particolare, questo: che, siccome qui parliamo del *Laboratorio delle Tecniche Conversazionali*, che è veramente la creazione più originale che veramente mi sembra sia stata fatta negli ultimi decenni qui in Italia, che è un'iniziativa unica in campo nazionale, e spero anche internazionale, ad un certo momento... allora, mi sembrava di portare un contributo, di discussione, di collaborazione insieme a voi, e di conversazione quindi, in definitiva, riguardante alcuni aspetti proprio centrali, nucleari della conversazione. Nella conversazione come viene intesa, oggi... — e Salvatore precisava prima la differenza dell'uso delle parole già dal tempo della fine del secolo scorso, al cavallo di questo secolo e nei tempi odierni — è che non si tratta tanto di una conversazione speciale, ma proprio di una conversazione ordinaria, che porta fuori lo psicologo, lo psicoterapeuta (un frammento di discorso va perso a causa del cambio di cassetta) nel secolo scorso, e da molti — e magari il Cigoli ce ne potrà dire qualcosa di più — e da molti, e in particolare dai famiglisti ancor oggi, che considerano la conversazione in campo terapeutico, come una conversazione, come uno scambio di parole, *a statuto speciale*. Mentre quello che io intendo, e mi sembra anche Salvatore intenda, è una conversazione che è definita già dal termine conversazione; non ha bisogno di uno statuto speciale, cioè di regole restrittive particolari...

Allora, quello che è essenziale, tuttavia, per non incorrere nell'accusa che di tanto in tanto ci viene volta, di essere cioè dei cani sciolti, che parlano, e, parlando credono di fare chissà cosa, e soprattutto di sfuggire alle regole precise di chi intende fare della psicoterapia qualcosa di molto ben preciso, limitato da regole, mi preme dire che, per lavorare conversazionalmente, importa soprattutto avere uno strumento fondamentale, che è quello della supervisione. Quindi questa è la prima parola chiave su cui intendo soffermarmi: la supervisione. La supervisione è un luogo, un luogo in cui si intersecano, in cui si intersecano fondamentalmente due o tre elementi, che sono, la *ricerca*, i *risultati*... [disegna sui fogli della lavagna tre cerchi A, B e C che s'intersecano, e tratteggia la zona d'intersezione] — avete visto proprio stamattina che questo termine "risultati" è già ricorso alcune volte, sia dal punto di vista dell'amministratore sia dal punto di vista del professionista... — e la *verifica dei risultati*.

Mi pare che la supervisione consente queste tre dimensioni fondamentali, cioè di ricerca, di discussione sui risultati, e di verifica dei risultati. Naturalmente, per approfondire in senso tecnico e preciso queste tre dimensioni che si intersecano nella supervisione, occorre intanto precisare la accezione in cui questi tre termini vengono intesi. Secondo me, piccola parentesi — comincio a fare le parentesi come Salvatore — un aspetto essenziale è quello del concetto di intersezione. Ecco, questa è l'intersezione! Cioè, l'intersezione è una dimensione in cui A B e C si intersecano in un luogo comune a tutti e tre, ed è questo, in sostanza.

Perché, ora mi ricordo, che il titolo annunciato della mia relazione era "La dis-formazione nei Servizi Pubblici". Soltanto che questo termine, questo titolo della relazione mi è stato estorto circa tre mesi fa, più o meno, e anche di più. Quindi immaginate voi! Tre mesi fa, sicuramente non ero io che parlavo con il Salvatore, essendo io un individuo non continuante nel tempo, ma dis-continuante nel tempo, cioè non un'entità identica, che rimane uguale nel variare del tempo, salvo piccole variazioni accidentali: del suo carattere, dei suoi capelli, o di altro... Ma, essendo io una persona dis-continuante, ovverossia dis-identica, mi permetto di dire che non ero quello che ti ha dato quel titolo, quindi tranquillamente posso non sentirmi in colpa se parlo, se parlo, oggi, d'altro.

Tuttavia, il concetto è molto semplice: di dis-formazione. Immaginate che in questo cerchio A sia uno psicoanalista, B sia un familista, C sia un comportamentista... Ciascuno di questi ha delle caratteristiche proprie del suo lavoro e del suo modo di condurre la

discussione... Ebbene, tuttavia, ciascuno di questi tre, al di là delle loro dimensioni specifiche e idiosincratiche, si interseca con gli altri a livello di un qualcosa che è comune a tutti e tre, questo tratteggino qui. E il qualcosa in cui ciascuno si interseca con gli altri è il fatto che tutti e tre — psicoanalista, famiglista, diciamo anche comportamentista — usano delle parole per entrare in relazione con gli altri. Quindi si intersecano, intersecano la loro dimensione, nell'uso di parole. Allora, il punto fondamentale, nella formazione, oggi, diversamente da cinquanta, quaranta o trenta anni fa, quando — nessuno essendo formato — era importante che ciascuno si formasse o in A o in B o in C, oggi è fondamentale che tutti quelli che sono formati e che lavorano assieme, si dis-formino, cioè azzerino le loro capacità di tragitti formativi specifici, in modo da avere la possibilità di dialogare con gli altri senza essere accecati da ciò che rende specifico il loro lavoro, incompatibilmente quindi con quello degli altri. Voi immaginate che uno psicoanalista difficilmente potrebbe discutere con un famiglista se parlassero ciascuno del loro retroterra teorico e culturale. Però, se ciascuno di loro parla delle dimensioni specifiche dello scambio conversazionale verbale, ecco allora che possono intendersi. Altra parentesi all'interno della parentesi, il nostro lavoro — nostro è plurale *maiestatis*, questa volta — che facciamo a Milano intorno alla rivista *Tecniche* — che vi faccio vedere, naturalmente [mostra la rivista], ve la faccio vedere acciocché voi vi abboniate, naturalmente — questo qui, la rivista *Tecniche*, *Tecniche* contiene un nucleo particolare di lavori che si chiamano "resoconti tecnici". Cioè questi resoconti tecnici sono dati da famiglisti, psicoanalisti, specialisti dell'analisi transazionale, specialisti della programmazione neurolinguistica... Ma ciascun lavoro ha questo di caratteristico, che ha un nocciolo che è dato da una conversazione *registrata* e *trascritta*. E attorno non ci sono dei pregiudizi teorici, non viene spiegata l'appartenenza e la teoria. Ma viene spiegato semplicemente, casomai, perché, ad un certo momento uno di questi operatori ha fatto una cosa piuttosto che un'altra, perché ha detto una cosa in quel momento lì, piuttosto che averne detta un'altra.

Ora provo a vedere se ricordavo il mio punto di partenza... Ecco, era questo qua... Tra un po' dimenticavo di essere io il medesimo che voleva intrattenervi sui risultati. Ecco: sui risultati, si sono scritte e dette tantissime cose; sui risultati... In verità, essendo io di matrice psicoanalitica... — cioè, un Giampaolo disidentico di tanti, tantissimi anni fa, ha fatto un training psicoanalitico... Non è colpa mia, né merito mio. Mi è accaduto di passare da quelle, da quelle dimensioni lì —. In psicoanalisi i risultati non erano ben visti, e ancor

oggi non sono particolarmente ben visti. I maligni dicono che gli psicoanalisti non parlano di risultati perché non ne ottengono. Non è sempre vero, non è, non è sempre vero. Perché i risultati non erano ben visti, si doveva parlare di qualcosa di molto più importante; un po' come per un cattolico non è importante parlare degli *achievements* in questa vita, bensì di quelli che saranno fatti nella vita futura. E siccome le analisi duravano, durano, che so, cinque, dieci, quindici anni, voi pensate bene che un risultato non può essere visto se non in termini della vita futura. (E questo qui mi pare molto, molto giusto, quindi, vederlo in questi termini.)

Comunque, le difficoltà maggiori negli studi sui risultati sono legate a diversi modi di considerare i risultati medesimi. Cioè, o modi di laboratorio, o modi delle scienze naturali; per cui alla fine si dice che in psicoterapia non si ottengono dei risultati; o meglio: per validare scientificamente i risultati occorre tener conto di una quantità talmente grande di variabili, per cui un *computer* anche enorme non riuscirebbe a tener conto di tutte quante. Questo non è sempre vero. Oppure, se è vero, forse è legato non tanto alla difficoltà da parte dei risultati di essere valutati, quanto ai metodi non pertinenti al dominio dei risultati che vengono invece sovrapposti ai risultati medesimi.

Intanto: una definizione di risultato! Che cosa si intende per risultato? Non è molto semplice metterci d'accordo, perché subito si tenta di mettere delle dimensioni specifiche di scienze diverse. Io penso che la definizione più generica e tuttavia utile alle nostre argomentazioni, è quella che considera il risultato come il *salto* da una situazione di partenza, chiamiamola S_1 , ad una situazione di arrivo, S_2 . Io chiamo S "stato", quindi S_1 è lo "stato" di partenza, e la situazione di arrivo S_2 . Allora, questa è la definizione più semplice di risultato. Cioè il salto, il passaggio, da uno, da uno stato di partenza S_1 , ad uno stato di arrivo S_2 . Qui in mezzo potete metter ovviamente il tempo. Cioè, da uno stato di partenza, al tempo T_1 , ad uno stato di arrivo, ST_2 , tempo due. Chi di voi conosce la logica proposizionale o modale del tempo sa che questo tempo, questo T , può essere letto come E al Tempo seguente. Allora questa formula, questa proposizione si può leggere S_1 e al tempo seguente S_2 . Cioè, fra uno stato di partenza e uno stato di arrivo c'è un tempo. L'importante già qui però è stabilire di che tempo si tratta. E poi stabilire di che stato si tratta. Ad esempio, noi possiamo avere tre tempi di stati — [volta la pagina della lavagna e commenta:] siccome qui siamo in una banca mi sembra che si possono sciupare anche i fogli, lasciandoli anche a metà, non c'è grossi problemi... certo che per gli ecologi le foreste dell'Amazzonia vengono distrutte più facilmente sciupando una

pagina... non è niente! — Allora S_1 e S_2 , i due stati, io le chiamo "variabili di stato" — [continua a scrivere alla lavagna di carta] Ecco, parlando così lentamente abbiamo il tempo di recuperare, di non stancarci —. Variabili di stato, cosa vuol dire variabili? Sono delle variabili... perché naturalmente possono essere di tipo differente gli stati che vengono considerati, che possono essere presi, per accontentare un po' tutto, da tre punti di vista; dal punto di vista *psicologico*, dal punto di vista *sociologico*, e dal punto di vista, finalmente ci siamo anche noi, *conversazionale* o retorico o argomentativo. Conversazionale racchiude il tutto.

Parliamo sempre di risultati. Quindi queste variabili di stato S_1 e S_2 , lo stato di partenza e lo stato di arrivo con il tempo in mezzo, possono essere viste dalle tre prospettive: psicologica, sociologica e conversazionale. Ad esempio: se io parlo di una intenzione mia di andare a pranzo all'una — che ho adesso — è una variabile di stato S_1 in questo momento qui; probabilmente alle due, quando avremo fatto un pranzo luculliano, come immagino, non avrò più questa intenzione. Allora, questo è importante: vedere che questa variabile S_1 e, al tempo seguente, S_2 , è una variabile di stato espressa in termini psicologici. Ovverossia espressa in termini di variabili viste in una dimensione dello psicologo; il quale psicologo, quando è, fa, lo psicologo, vede le cose, appunto, in termini di psicologia, che io chiamo... — adesso cambiamo un pochino la prospettiva... psicologo.. — introduco tre termini che saranno *soggetto mentale*, *corpo mortale* e *soggetto grammaticale*.

Cioè, ciò che è caratteristico della dimensione, dello studio psicologico, è il *soggetto mentale*. Il *soggetto mentale* è quelladimensione che ha come predicati dei predicati psicologici. Cioè: intenzione, decisione, paura, ansia, innamoramento... Cioè tutte dimensioni che sono psicologiche nel senso di soggettive; ma nel senso ancora più preciso di *accessibili unicamente* al soggetto, all'individuo che le prova. Ad es., quando io sono innamorato, o quando io sono affamato, o quando io ho un'intenzione, queste dimensioni qui, di predicati psicologici, sono accessibili unicamente a me. A me come individuo, e sono valide unicamente dal mio punto di vista.

Viceversa... viceversa diciamo: queste variabili di stato S_1 e S_2 , possono essere viste da una prospettiva sociologica. La prospettiva sociologica è caratteristica non del *soggetto mentale*, bensì — questo sarà un altro termine su cui potremo meditare — bensì del *corpo mortale*. O *comportamentale*. Allora: il *corpo mortale* o *comportamentale* è quello che ha come predicati specifici dei predicati

sociologici. Ovverossia non accessibili unicamente al soggetto, ma *accessibili intersoggettivamente* e, in definitiva, oggettivamente, a più individui in un dato contesto sociale a un dato momento. Ad es.: che io mi muova, che io mi agiti, che io stia in giro, invece di stare seduto tranquillamente... questo qui è un insieme di predicati sociologici perché non sono accessibili unicamente a me, ma sono accessibili a tutti quanti quelli che usano la categoria dei sensi, in particolare: del senso della vista. *Corpo mortale o comportamentale* — piccola parentesi — è perché il corpo di ognuno di noi è reso mortale dallo sguardo degli altri che gli impedisce, in quel momento lì, di essere un soggetto, dal momento che lo oggettifica nel suo sguardo, rendendolo quindi oggetto di diagnosi: è bello, è brutto; è vecchio, è giovane; è schizofrenico perché si muove in una certa maniera, o è isterico perché si muove in un'altra... Così si fanno abitualmente queste diagnosi... Allora vedete bene che, anche lì, uno può considerare i risultati in termini di S^1 e S^2 , separati dalla dimensione del tempo, in termini di "una persona che non osa attraversare un ponte", "non attraversa un ponte": è un comportamento. Al tempo S_1 , dopo tre interpretazioni psicoterapeutiche in chiave famigliistica, Vittorio Cigoli ti dice: "E questo qui attraversa il ponte!" Cioè "attraversa il ponte", "non attraversa" il ponte: predicati comportamentali del *corpo mortale* in S_1 ; cinque minuti dopo questo qui attraversa il ponte (S_2), cioè ha variato un predicato comportamentale accessibile a tutti quanti.

Il terzo punto di vista, che sarà quello di cui ci occuperemo, cioè conversazionalista, o retorico ... chiamiamolo pure conversazionalista, si applica ugualmente a questi salti di risultati. Come il *soggetto mentale* è specifico della dimensione psicologica e il *corpo mortale* è specifico della dimensione sociologica, specifico della dimensione conversazionale è il *soggetto grammaticale*. [Dopo aver annotato sulla lavagna, commenta]: Ho messo una emme in meno... Avrà un senso? Chiediamo a Deoto! Chiediamo se... Ecco! Il *soggetto grammaticale*, il *soggetto grammaticale* è un qualcosa di molto particolare che non è né *soggetto mentale* né *corpo mortale*; cioè non è né dell'ambito psicologico né dell'ambito sociologico. Il *soggetto grammaticale* è specifico della dimensione in cui, in una frase, appare il pronome di prima persona singolare "Io". È fondamentale questo qui, proprio. È l'istanza che in una frase dice "Io". È quell'istanza che, dicendo "Io", ha, come predicati, gli "atti di parola". Se io dico: "Prometto di renderti erede di tutte le mie ville nel Veneto" [si rivolge, qui, senza saperlo, al Presidente dell'U.S.L., che ridacchia], questo qui è un atto di parola che, intanto, ti fa contento, no? Mi pare... [ridacchia anche lui]. Ed è fondamentale... Oppure, se io dico ad una

fanciulla: "Ti amo come non ho amato nessuna" — non guardo nessuna perché c'è mia moglie e quindi devo essere molto cauto a dire queste cose qui — anche questo è un atto di parola in cui appare il *soggetto grammaticale* che ha questo di specifico, che, mentre viene proferito, sollecita e suscita la risposta del mio interlocutore. Questo è fondamentale nel, nell'atto di parola. Facendo un atto di parola non solo io dico delle cose ma suscito una risposta nel mio interlocutore. Se dico, in casa di ospiti: "Fuori piove!", non sto facendo una comunicazione! Sto facendo in modo che il mio ospite mi dica: "Sì, sì, ma ti darò io l'ombrello!" Cioè, questo è fondamentale! Se io dico, in casa di un ospite gentile: "Ho sete", non è che informo, dò una informazione relativamente al mio stato fisiologico, ma sollecito il mio ospite a dire: "Ti dò un bicchiere di vino". E questo qui mi porta il bicchiere di vino, se ci sta a lavorare, a lavorare nella conversazione.

Quindi vedete che i risultati possono essere studiati in queste tre dimensioni. I risultati studiati in termini di *soggetto mentale* sono stati sottoposti alla critica seguente: che non sono validati o validabili intersoggettivamente. Conoscete queste, queste discussioni qui. D'altra parte i risultati studiati in termini sociologici hanno questo di debole, che non tengono conto delle variabili soggettive, delle paure, delle ansie, dei desideri di una singola persona. Mi sembra che la introduzione del *soggetto grammaticale*, in qualche modo, possa avviare ai limiti dei due approcci precedenti. E, intanto, eliminando la dimensione esclusivamente soggettiva, non verificabile; cioè, il *soggetto grammaticale* si ritrova nelle registrazioni e nelle trascrizioni che il *Laboratorio di Tecniche Conversazionali* mette a disposizione; oppure i videoregistrati di Vittorio Cigoli o i miei registrati. Cioè io, facendo l'analista col paziente disteso, non mi è molto utile fare delle videoregistrazioni, perché sarebbero noiosissime: quello là sempre disteso, io sempre seduto [Cesario interloquisce: "Ogni tanto fa un balzo!"]: Raramente...! [ride] È vero questo qui! Ecco, mentre il *soggetto grammaticale* si mette in evidenza nelle registrazioni e nelle trascrizioni delle registrazioni medesime. Quindi, in qualche modo, è oggettivabile! Però non è un oggetto nel senso in cui è un oggetto un corpo. Perché? Perché il corpo, nei suoi movimenti, nelle cose che fa, ha questo di caratteristico, che non, non si riferisce a niente. Ad es., se io faccio così [mima un fremito], che ho paura, non mi riferisco ad una paura: esprimo una paura. Viceversa, del *soggetto grammaticale* che dice "Io ho paura", è in qualche modo oggettivabile il fatto che lo dice; però si riferisce a qualche cosa, diversamente al corpo che non si riferisce a niente. Quando io dico: "Ho paura", mi riferisco, pur essendo all'interno di una dimensione conversazionale, mi riferisco a

una dimensione psicologica del *soggetto mentale*. Voglio dire che il *soggetto grammaticale* parla di qualcos'altro, parla, di volta in volta, del *soggetto mentale* e del *corpo mortale*.

Questa mi sembra la differenza radicale che c'è tra il *soggetto mentale* — che purtuttavia rientra, in qualche modo, nella dimensione oggettiva, sociologica — e il *soggetto grammaticale* che invece è del tutto fuori della dimensione oggettiva per, invece, essere nella dimensione squisitamente soggettiva. Ma, pur essendo al di fuori, mi sembra che partecipi delle due cose; è, in qualche modo, in bilico, in una situazione a mezza strada, oscillante tra l'uno e l'altro, in cui, da una parte, c'è il *soggetto mentale*, dall'altra c'è il *corpo mortale*. Lassù in alto — lo metto in alto perché mi sembra più importante, ed è naturale — il *soggetto grammaticale*.

Vediamo un po' quanto tempo c'ho messo a dire queste cose [Giuseppina Devoto suggerisce: 25']. C'ho messo 25 minuti! Ecco, però [e fa una sorta di giravolta, quasi a segnare un'interpunzione], per restare nella dimensione conversazionale, mi pareva importante se io vi portavo un esempio di un testo registrato e trascritto che dura esattamente un tre e tre sei e tre nove minuti, sono tre pagine, posso leggerlo, no? Prima di leggerlo però volevo dirvi — come si chiamano questi? Gli *spot* televisivi! — che a Padova, l'11 maggio, l'11 maggio, che sarebbe sabato prossimo, c'è un convegno che si chiama "La psicologia e l'Europa", che è interessante "Aspetti legislativi, scientifici e professionali dopo la L. 56/89". Quindi sono... Non so perché parla dell'Europa, perché sono tutti italiani! Comunque, insomma, è abbastanza... Sarà l'Europa vista dagli italiani!

Dunque adesso trovo quello che volevo dire. Ecco! Allora. Quello che volevo dirvi adesso è un... Non volevo dirvi niente... Ve lo dirà il testo, il testo che leggerò. È il testo in cui si tratta di utilizzare una dimensione particolare che è quella del tempo. Il tempo è una dimensione che è stata trattata in tante maniere, da tutti quelli che se ne sono occupati. C'è il tempo, come sapete, *lineare*; c'è il tempo, come sapete, *circolare*; il tempo lineare è quello che dà la nozione del fluire, del passare da un prima a un adesso a un poi, dimensione che è molto bene resa dai verbi... dai nostri tempi; c'è il tempo circolare che dà l'illusione di un eterno ritorno delle medesime cose; ma, quello che è più importante, c'è la nozione del tempo *continuante*. Ovverossia, il fatto che il tempo continua da un passato a un futuro e forse oltre passando attraverso il presente; che è l'accezione, mi sembra, più diffusa, del tempo. Un'altra nozione meno diffusa, che però mi sembra sia propria di ciò che veniamo via via dicendo Salvatore ed io, è quella del tempo *dis-continuante* ovverossia del

tempo fatto non secondo l'immagine di uno spazio in cui ci si muove, si può andare avanti e indietro; ma *fatto di pezzi* nei quali, come il passato non c'è più, così il futuro *non è necessario*. In qualche modo è un tempo fatto di istanti presenti, definito dai predicati di quel momento lì, da ciò che accade in quel momento istantaneo racchiuso in una dimensione che non ha connessioni né con il passato irrevocabile né con il futuro in qualche modo immemorabile. Questo tempo dis-continuante è chiaro che non può essere accettato quando si parla del *corpo mortale*. Il *corpo mortale*, in qualche modo, è tale per cui alcuni capelli ci sono ieri ed altri non ci sono più oggi; non solo, ma è tale per cui il corpo, a un certo momento, sia nell'esperienza che abbiamo, sia nella prefigurazione che possiamo farcene, il *corpo mortale* muore. Ovverossia lascia una *traccia*, una traccia di..., una spoglia, sotto forma di spoglia. Così quando parliamo di *soggetto mentale* — e qui non entro in dettagli — qualcosa di simile sembra accadere. Cioè il *soggetto mentale* ha bisogno di questa continuità, non foss'altro che per esercitare le sue dimensioni fondamentali che sono quella del *rammemorare* e quella del *prefigurare*. E quindi, per esercitare queste due categorie fondamentali, il tempo, il *soggetto mentale* deve dire "Sì, sì, esiste il passato che rammemoro; sì, sì, esiste il futuro che prefiguro". Viceversa — e qui veniamo al *soggetto grammaticale* che ti dono [rivolto a Cesario] per le nostre ricerche —, il *soggetto grammaticale* ha questo di caratteristico; che nasce dal *nulla*, per così dire, e poi se ne va via, sparisce, ritorna, in qualche modo, nel *nulla*. Voi pensate, se io immagino di dire, ad una fanciullina dolce come l'ala morbida della giovinezza, se io le dico "Ti amo follemente"... — ti sto guardando! [rivolto alla moglie] —, se io le dico così, dov'era l'"io" del mio atto di parola, prima che venisse proferito? Da nessuna parte! E dov'è il medesimo "io" dell'atto di parola di "Io ti amo follemente" appena l'ho proferito? Viene dal nulla ed al nulla ritorna. Non solo. Ma, diversamente dal *corpo mortale* che, quando muore lascia una spoglia, il *soggetto grammaticale*, quando non c'è più non lascia una spoglia. E questo mi sembra fondamentale per poter dire che il *soggetto grammaticale* appartiene, appartiene all'istante, nasce nell'istante e nell'istante medesimo se ne va, non c'è più. Quindi il *soggetto grammaticale* è quello che ci consente di utilizzare il tempo dis-continuante.

Non so perché vi ho fatto questa premessa... Comunque, mi veniva di farcela. Ma credo che c'entra, credo che c'entra con quello che vi sto dicendo che ha, che dovrebbe avere, come titolo una dimensione tecnica che sto sperimentando in questi tempi, e che mi è

risuonata un po' prima quando si parlava che tra di voi oggi ci sono anche quelli che si occupano di terapia del dolore. Allora: si chiamano "esercizi di scomposizione". E sono degli esercizi che servono a scomporre, dal tempo presente, dal tempo istantaneo, sia il tempo della rammemorazione, il tempo passato, sia il tempo della prefigurazione, il tempo futuro, in modo da aiutare qualcuno, quando ne ha bisogno — e, secondo me, ne abbiamo bisogno tutti, sempre — a scomporre l'istante in cui sta vivendo, dal ricordo degli istanti passati, dalla prefigurazione dei tempi futuri. Questo qui è di un'utilità indubbia, sia per lottare contro i *sensi di colpa* — non so se qualcuno di voi ce li ha..., spero di sì perché altrimenti, il nostro mestiere si va a far benedire, proprio, perché tutte le psicoterapie e psicoanalisi si basano sul senso di, sul senso di colpa — e poi su un'altra dimensione ancora, che è quella della paura, della *paura della morte*. Il senso di colpa si basa sulla incapacità di scomporre l'istante presente dall'istante passato, e la paura della morte si basa sull'incapacità di scomporre l'istante presente dal futuro.

Recentemente ho trascritto una seduta di un signore che si sentiva molto a disagio, pensava di essere un marito indegno, perché, durante un viaggio a Madrid, quando gli affari gli andavano proprio a catafascio, sembrava proprio che tutto stesse per crollargli attorno, preso dalla disperazione, ha avuto un'avventura con la segretaria. Dopo le cose erano andate un po' meglio — non con la segretaria... erano andate un po' meglio dal punto di vista professionale — e dice che si sente, si sente così in colpa, perché l'ha fatto in un momento di difficoltà incredibile, non avrebbe mai pensato di fare una cosa simile... Io gli dico: "Ma, probabilmente, la persona che ha fatto quella cosa a Madrid quindici giorni fa non è la medesima che mi parla oggi di queste cose!" Lui mi dice: "Sì, sì, sì, ero, esattamente, tutt'altra persona, proprio sconvolto, mentre adesso le cose mi vanno bene... Però..." E stava dicendo "Però!" Allora lo intrattengo e gli dico: "Però: però niente! Se non era la medesima persona che ha fatto quella cosa, non ha ragione di sentirsi in colpa". E, in genere, funziona, questo qui. È meglio che non lo diciate alle vostre mogli, rispettivamente ai vostri mariti. Però sono cose che funzionano abbastanza bene questi esercizi di scomposizione; scomporre i predicati dell'attualità dal soggetto del passato perché i predicati di oggi non sono appartenenti al soggetto di un tempo ma appartengono al *soggetto grammaticale* istantaneo, che, come vi ho detto, e se ci credete, nasce dal nulla e nel nulla riprecipita.

E poi, anche per quel che riguarda la paura della morte... è un po' la stessa cosa. Se io mi identifico al mio corpo, è chiaro che ho

ragione di aver paura di morire! Ma, secondo me, è un errore grave identificarsi al proprio corpo! Perché senno' si rischia di sentirsi vecchio quando uno è giovanissimo ancora! E queste qui sono cose proprio che non hanno senso! Ma peggio: uno rischia di credere di morire perché muore il suo proprio corpo! Che è uno degli errori più grossolani che si possono compiere e che sono stati, e che sono stati sempre compiuti. Basta pensare che uno appartiene al proprio *soggetto grammaticale*, e non ha nessuna paura di morire perché non lascia spoglia, perché non lascia spoglia; come vi ho detto prima, il *soggetto grammaticale* non lascia spoglia, e il corpo soltanto può morire lasciando una spoglia mortale di tanto in tanto.

Finalmente vengo alla... chiamerò Lavinia la persona in questione. È l'inizio di una seduta. E dice:

LAVINIA: "Ho tanta paura di morire. Sa, ho avuto una paura tremenda, venerdì, che lei avesse paura per me. E poi la sera, quando l'ho cercata e non c'era. Adesso ho un male qui. (*Si preme sulla pancia*)"

CONVERSAZIONALISTA: "Dove?"

LAVINIA: "Allo stomaco."

CONVERSAZIONALISTA: "Male come?"

LAVINIA: "Dunque, è come se avessi, dunque, ho male qui dietro, qui (*infilò la mano sinistra tra la schiena e il divano*) qualcosa di passante fra davanti, dove ci sono le due costole, l'apertura dello stomaco, e qui, ecco, e, e dietro la schiena. Un pugno. Come se qualcosa. Non so se è questa pillola di Ranidil, che non va giù, o se è invece la gastrite che. Non ho più forza. (*Si gira sul fianco sinistro*) Non ho più la forza di stare a casa da sola. Ho bisogno che mio marito mi dica tutto, alzati, lavati, adesso fai questo, fai quello."

CONVERSAZIONALISTA: "Se questo stomaco la fa tanto soffrire, provi a sbarazzarsene, provi a non starci più assieme per un po'. Non lo so, provi a dire, questo stomaco è del primo cane che passa qui sotto per la strada e da adesso lui ha male, e io non ce l'ho più."

LAVINIA: "Ma è molto forte il dolore, per poter fare i suoi giochi."

CONVERSAZIONALISTA: "Oppure può dire, questo stomaco è di quella mia amica, che mi è anche antipatica. Non vuole provare a esercitare la scomposizione del suo stomaco?"

LAVINIA: "Sì. Se vuole possiamo provare. Poi però mi tiene presente la mia grande paura di stare a casa da sola?"

CONVERSAZIONALISTA: "A chi lo dà questo stomaco?"

LAVINIA: "Non lo so. Se lei vuole prenderlo per curarmelo."

CONVERSAZIONALISTA: "Eh no, perché poi sto male io. E allora dovrei ricominciare l'operazione di scomposizione del mio stomaco e così perderemmo tempo prezioso. Diamolo subito a qualcun altro."

LAVINIA: "All'Adele."

CONVERSAZIONALISTA: "Bene. Proviamo."

LAVINIA: "Questo stomaco va all'Adele. Ti prego, vai da lei, da lei, indiana metropolitana. E dopo, cosa faccio? Penso a lei che sta male con lo stomaco?"

CONVERSAZIONALISTA: "Sì, e Lavinia sta bene."

LAVINIA: "Sì, ha un male l'Adele, guarda, è là che si rotola, finalmente si rotola nel letto, finalmente. Ahi, come mi fa male, avrò l'ulcera. Che paura di avere l'ulcera. Che dolore che ha l'Adele. Chiama l'Ernesto disperatamente. Fammi curare. Io non resisto con questo male. Come faccio? Poi si rotola nel letto, la maledetta stronza. Faccio venire un po' di mal di stomaco anche alla Vanna."

CONVERSAZIONALISTA: "Perché no?"

LAVINIA: Mentre è via, a Vienna. Che mi ha detto, l'altro giorno, eh, ma insomma, tuo marito non ne potrà più, di vederti così, di sentirsi così impotente, e tuo figlio, poverino. E allora adesso le facciamo venire un bel mal di stomaco."

CONVERSAZIONALISTA: "Sì."

LAVINIA: "Con un po' d'ansia. Allora, è lì che sta prendendo l'aereo e sta andando a Vienna, dal cliente. E dice, è tutto facile per la Lavinia, lei ha i soldi, io devo lavorare, però io ho superato tutto, sono serena e sto bene. Poi dopo, siccome ha le mestruazioni, si sente già un po' debole. Incomincia un leggero mal di stomaco, e dice, come mai ho questo mal di stomaco, o Dio, che mal di stomaco, proprio adesso, sono chiusa in aereo, cosa fa la Vanna in aereo col mal di stomaco? Non ce la fa più, non sa più a chi aggrapparsi, quasi quasi lo dico al mio capo, ma non posso, pensa che figura ci farei. Aiuto aiuto. Come capisco adesso la Lavinia. Devo tornare indietro. Non sono normale neanche io. Mi fa male, sa. Non ci riesco oggi."

CONVERSAZIONALISTA: "Non ci riesce."

LAVINIA: "Ho una fitta qui dietro alla schiena. Ho paura che non potrò più fare l'Horudis. Come faccio? Che casino. Forse l'ho preso in concomitanza con l'altra medicina. Non ho aspettato la mezz'ora che aspetto di solito."

CONVERSAZIONALISTA: "Quindi né la Vanna né l'Adele non sono molto adatte per i suoi esercizi di scomposizione, per trasferire i suoi dolori."

LAVINIA: "No. Anche perché oltre al male c'è proprio il terrore, il panico. Allora è difficile far passare il panico. Ho paura che mi venga l'ulcera, non riesco a farmi passare il panico. Il dolore mi fa venire il panico."

CONVERSAZIONALISTA: "Adesso ha male?"

LAVINIA: "Sì. Un pugno nello stomaco, proprio. Avendo cambiato posizione, non ho più la fitta nella schiena."

CONVERSAZIONALISTA: "E se fosse perché ha fatto qui con me gli esercizi di scomposizione?"

LAVINIA: "Non lo so. È che ho tanti fronti da controllare. Lo stomaco, la pancia, di dietro, l'ansia. Cioè. La paura di morire."

CONVERSAZIONALISTA: "Se lo dà all'Adele, a morire sarà l'Adele. Le dispiace tanto?"

LAVINIA: "Ma, la morte mi spaventa anche negli altri. Certo, meno che a me. Ma come faccio a darlo all'Adele?"

CONVERSAZIONALISTA: "Come aveva cominciato prima."

LAVINIA: "Ma poi l'Adele è mia amica, mi dispiace. Me la sono presa per quella frase lì. Vorrei dare qualcosa anche al dottor Negri e a sua moglie."

CONVERSAZIONALISTA: "Non sono gentili con lei?"

LAVINIA: "Sono a sciare da giovedì sera. Lo so che è giusto che siano a sciare, ma pensi, io sto tanto male, porca miseria, e loro lì, prim prim prim prim, non mi danno una mano. Come sono stupida. Io devo capire che le persone devono fare la loro vita, ma non riesco a mettermelo in testa."

CONVERSAZIONALISTA: "Vorrebbe tenerli tutti assieme a lei. Non staccarsene. Non vuole staccarsi da niente. Neanche dal suo corpo malato."

LAVINIA: "Posso dare un po' di mal di stomaco alla Marta?"

CONVERSAZIONALISTA: "Vediamo."

LAVINIA: "La Marta sta sciando, si sta preparando. Ah che bella giornata, come sono contenta, questi tre giorni. Oh, porco cane, che mal di stomaco mi è venuto. Jimmy, ho un mal di stomaco tremendo. Dio mio, cosa sarà, oh che male, che male, non l'ho mai vista col mal di stomaco, che mal di stomaco che ho, come mi brucia, che male. Jimmy, non posso sciare. Cosa ti senti? Un pugno nello stomaco, non capisco, non l'ho mai avuto, come facciamo, una giornata così bella. Beh, Marta, guarda, mettiti qui tranquilla, che vado a sciare io. Vai a sciare, dice lei incazzata. Ma no, ti faccio compagnia. Anzi, facciamo una cosa. Andiamo a casa. Con una così bella giornata? Eh, ma sai, ho un mal di stomaco, ahi, ahi, ahi, ohi, ohi, ohi, che mal di stomaco. Ma cos'è? Deve essere tutto quello che ho mangiato ieri sera. La panna, tutti quei dolci ch'io mi vanto di poter mangiare perché ho quaranta di colesterolo. Che stupida che sono a vantarmi tanto. Ahi ahi, ahi, ahi, ohi, ohi, ohi, ohi, che peccato con questo bel sole. Jimmy, andiamo a Milano. E va bene, andiamo a Milano. Però mi stendo prima un attimo sul letto. Ohi, ohi, ohi, che male, Dio che male, non l'ho mai avuto un male così forte. Ahi, ahi, ahi, ahi, la Marta dice ahi, ahi, ahi. Tieni, prendi queste pillole. Che male, Jimmy, che male. O Dio Dio Marta, è venuto anche a me. Allora abbiamo mangiato qualcosa che ci ha fatto male ieri sera. No. È perché non siamo andati a Milano a aiutare la Lavinia. Ahi che mal di stomaco. Il dottore si rotola per terra. Ahi, ho anche le emorroidi. Come mai ho tutto? Come sono infelice. Sai che fanno male le emorroidi anche a me, dice Marta. Ohi che mal di stomaco. Ahi che mal d'emorroidi. Oh che mal di pancia. Come stanno male loro due. E la Vanna, nel frattempo, in aereo, ahi che mal di stomaco, che paura, mi sento male, mi sento svenire, non ce la faccio, non posso arrivare a Vienna. Ecco, arriva la crisi d'ansia, arriva, arriva, arriva, arriva. Dio. E allora la portiamo in clinica."

CONVERSAZIONALISTA: "In clinica?"

LAVINIA: "Ma sì, e le tagliamo la pancia. Vaffanculo, brutta stronza. E al dottor Lai? Per oggi niente. E così carina sua moglie. Sto un po' meglio."

CONVERSAZIONALISTA: "Davvero?"

LAVINIA: "Sì, sì. Un poco. Non è passato del tutto ma è meno pesante."

CONVERSAZIONALISTA: "Bene."

LAVINIA: "E contro l'ansia, come faccio, che si è scatenata? Sembra che lei non dia molta importanza alla mia ansia."

CONVERSAZIONALISTA: "Una cosa alla volta. Il dolore del corpo una volta, l'ansia della mente un'altra volta."

Vedo che sono passati i tre quarti d'ora che mi erano stati concessi... Posso continuare solo, solo due minuti? Sì! Vedete in che cosa consistono questi esercizi di scomposizione? Cioè vi siete resi conto che questa signora è una paziente che sta molto male, sta prendendo della morfina... Da ciò, quindi, la difficoltà che può avere uno psicoterapeuta a prendere sul serio i propri "giochini", cioè a non essere trattenuto da quello che lei dice: "Sto troppo male oggi per fare i suoi giochi". E, cosa vuol dire questo? Vuol dire avere il coraggio di uscire dall'ambito della *cultura della sofferenza*, della *cultura della infelicità*, per cui quando si ha a che fare con una persona che soffre, come in questo caso, di mali gravi, allora dobbiamo atteggiarci ad una dimensione di circostanza; e, siccome lei pensa, o lei teme, o lei crede di morire, dobbiamo anche noi assumere quell'atteggiamento di persone che assieme a lei muiono e non invece aiutare noi medesimi e lei stessa a scomporre la dimensione del *soggetto grammaticale*, che vive nell'istante, da questa massa enorme, da questa ombra cupa del tempo che continua e che ti porta da un passato di sofferenza a un istante invece in cui stai bene, a una prefigurazione che nel futuro comunque starai male e comunque dovrai morire. Ecco, a me sembra che se noi ci alleniamo a dare la giusta importanza al *soggetto grammaticale*, a scomporlo rispetto sia al *soggetto mentale* sia al *corpo mortale*, possiamo non solo emanciparci dalla colpa e dalla paura della morte, ma anche, a volte, come Lavinia ci ha mostrato, dalla sofferenza del corpo nell'istante presente. Vi ringrazio.

I RISULTATI CONVERSAZIONALI¹²⁹.

¹²⁹ Quanto segue non è stato sbobinato ma aggiunto successivamente. Infatti, Giampaolo Lai, fedele all'impegno di *conversare* per soli 3/4 d'ora, allo scadere degli stessi, s'è messo zitto. Secondo noi: una sorta di colpo di genio! In realtà nessuno — o solo una sparuta minoranza — si è accorto c'egli aveva lasciato fuori della conversazione le conclusioni del suo intervento (in altre parole, si potrebbe dire: l'obiettivo, il risultato a cui, con la sua conversazione, egli mirava). In tutti — lui compreso — è, infatti, prevalso il senso e il valore del conversare con lui mentre lui conversava con loro. (Si potrebbe dire che, sull'interesse al risultato, ha avuto il sopravvento l'interesse alla conversazione; o meglio: sull'interesse al risultato dell'argomentazione — il convincimento prodotto nel pubblico — ha avuto il sopravvento l'interesse al risultato

Qui abbiamo alcuni evidenti risultati conversazionali. C'è l'insieme iniziale di predicati, a S₁, dato dall'atto di parola: "Ho male qui allo stomaco, un pugno, una fitta". C'è l'insieme finale di predicati, a S₂, dato dall'atto di parola: "Non ho più la fitta alla schiena. Sto un po' meglio". La differenza tra i due insiemi di predicati è evidente e drammatica. Il risultato è questa differenza. Il salto da: "Ho male qui..." a: "Non ho più... Sto meglio".

LA VERIFICA DEI RISULTATI CONVERSAZIONALI.

La verifica di questo risultato, come di tutti i *risultati conversazionali in termini di differenze tra insiemi di predicati nelle microsequenze di conversazioni registrate*, non presenta problemi metodologici particolari. I predicati da misurare sono osservabili intersoggettivamente; la misurazione delle loro differenze è controllabile da più osservatori a tempi differenti, è abbastanza agevole stabilire connessioni di successione tra, da una parte, differenze di predicati negli atti di parola di un locutore analizzante o paziente, e, dall'altra, azioni verbali dell'interlocutore conversazionalista. Nel corso delle supervisioni secondo la nostra prospettiva CONVERSAZIONALE, l'interesse dei partecipanti è focalizzato sulle connessioni tra predicati verbali del testo, anziché sui processi mentali come vuole la prospettiva PSICOLOGICA, o sugli eventi del mondo pubblico come chiede l'orientamento SOCIOLOGICO.

CONCLUSIONI.

Per concludere, riepiloghiamo i quattro passaggi cruciali delle ricerche che stiamo conducendo sui PROTOCOLLI di CONVERSAZIONI registrate, nell'ambito della nostra ACCADEMIA DELLE TECNICHE CONVERSAZIONALI in collaborazione col LABORATORIO DI TECNICHE CONVERSAZIONALI dell'UNITÀ OPERATIVA di PSICOLOGIA dell'U.S.L. n. 9 di Prato, diretta da Salvatore Cesario. I quattro punti sono:

1. La registrazione e trascrizione del TESTO di una conversazione.
2. L'analisi di una MICROSEQUENZA del testo.
3. La rilevazione dei PREDICATI nella microsequenza.

della conversazione — il puro piacere del conversare —. Ma, esistendo, *accanto* al Lai che conversa *come* a ruota libera, un altro Lai, un Lai che dirige il suo intervento verso un risultato e a cui interessa colpire l'obiettivo, a quest'ultimo abbiamo chiesto di aggiungere, in sede postuma, le conclusioni: cosa ch'egli, come sempre: molto gentilmente, ci ha accordato [Nota del Curatore].

4. La misurazione delle DIFFERENZE tra due insiemi di predicati, differenze che sono il RISULTATO.

Il TESTO (del punto 1) messo a disposizione col protocollo delle conversazioni registrate e trascritte è un materiale pubblico, sensoriale, spaziale. È una traccia, una spoglia, un segno che abita gli spazi del tempo continuante, e che in questi spazi dura. Consente dunque di rispettare l'esigenza di VALIDAZIONE INTERSOGETTIVA, secondo gli *standard* delle SCIENZE SOCIALI.

L'analisi di una MICROSEQUENZA del testo (punto 2), in quanto riferita al TESTO, si muove ancora sul terreno della validazione intersoggettiva, ed è inoltre suscettibile degli esercizi ermeneutici. In quanto riferita alla MICROSEQUENZA, restringe la ricerca ai TEMPI BREVISSIMI di un frammento di conversazione, di un rapido scambio di turni verbali. Questa procedura implica, o si basa sulla SCOMPOSIZIONE del TEMPO BREVISSIMO in cui abitano le azioni verbali, i predicati, dal tempo LUNGO in cui abitano le persone, i soggetti che interagiscono verbalmente.

La rilevazione dei PREDICATI della microsequenza (punto 3) è il passaggio specifico della nostra procedura. Infatti qui scegliamo di occuparci dei PREDICATI anziché dei soggetti nel calcolo dei risultati. Questa procedura presuppone la SCOMPOSIZIONE MEREologica (*meros* = parte) del predicato rispetto al soggetto che il MONISMO METODOLOGICO compone invece in unità funzionale. Non solo, ma mostra la nostra scelta di considerare il PREDICATO funzionalmente prioritario rispetto al SOGGETTO.

Arriviamo infine (punto 4) alla MISURAZIONE dei RISULTATI, che identifichiamo nella MISURAZIONE delle DIFFERENZE tra PREDICATI. Mediante questa procedura, non misuriamo soggetti che cambiano nei loro accidenti, pur restando identici nel loro divenire sul tempo continuante. Ma misuriamo differenze tra predicati verbali, tra un predicato o variabile di stato S_1 e un predicato o variabile di stato S_2 al tempo seguente (T).

Vi ho fornito, non un MODELLO, bensì una DESCRIZIONE possibile di ciò che accade nelle SUPERVISIONI delle TECNICHE CONVERSAZIONALI, come vengono condotte nella nostra ACCADEMIA di Milano o nel LABORATORIO di Prato. Se la SUPERVISIONE è una situazione di RICERCA, la RICERCA nelle SUPERVISIONI CONVERSAZIONALI si basa sul TESTO registrato dal supervisionato, TESTO sul quale convergono gli esercizi intersoggettivi volti a ragionare sui PREDICATI VERBALI e sulle loro differenze, su ciò che viene evidentemente detto e non su ciò che viene eventualmente pensato e vissuto.

CAPITOLO QUARTO

**COLLEZIONARE E TRASFORMARE. LA RICERCA-INTERVENTO
NEI SERVIZI**

Vittorio Cigoli

Intervenire è intromettersi, frapporsi e, così, divenire parte di un processo.

Ricerca è cercare di nuovo allo scopo di accrescere (accumulare) conoscenza, o di verificare ipotesi. Sistematicità e neutralità ne sono i cardini.

Congiungere ciò che è sentito come distante e differente (com'è dell'intervenire e del ricercare) crea situazioni imprevedute, sconcerta, ma può anche dar luogo a nuove organizzazioni di senso.

Dobbiamo a Kurt Lewin l'idea di cercare di comprendere un determinato fenomeno sociale apportandovi modifiche specifiche. Tale particolare attrattiva nei confronti dell'intromettersi e del considerarsi come parte di un processo può essere fatta risalire alla specifica vicenda umana in cui Kurt Lewin, come altri ebrei, si è trovato coinvolto. Mi riferisco a quella peculiare fede nel tempo presente (il tempo dell'*attenzione*, diceva San Agostino), come tempo del *mutamento* possibile e, così, come apertura verso un futuro in cui non ci sarebbe più stato posto per la tragedia della dittatura.

Insieme alla specificità della vicenda umana porrei anche una *forma mentis* indirizzata in senso gestaltico che, come tale, va alla ricerca di nessi e connessioni che caratterizzano un insieme.

In breve, facendo interagire intervento e ricerca, noi progettiamo, prefiguriamo ed affondiamo le mani nel mondo delle intenzioni, dei bisogni, dei desideri, dei valori dei *soggetti in relazione*. Ovviamente dovremo saper rispondere ai *criteri* dell'intersoggettività e della verifica, ma è certo che essi assumono forma differente rispetto ad altre tipologie di ricerca (campionaria e sperimentale).

Viviamo in tempi in cui tutto si accumula e si consuma e questo è anche il destino di gran parte della ricerca. Si fa *collezione* di ricerche che vengono depositate in appositi contenitori (le riviste scientifiche, le biblioteche) e che si accumulano garantendo presenze ed appartenenze; si fa *consumo* di ricerche pressoché quotidiano (ricerche di mercato, ricerche di opinione) per aver sotto controllo

(fare il monitoraggio) ciò che avviene in una relazione, sia essa tra marca e consumatore, sia tra organizzazione e suoi clienti o clientele.

La ricerca-azione si pone, mentalmente, lungo una pista differente; non tende cioè ad elaborare dati offrendo immagini più o meno vivide, quanto, piuttosto, ad una trasformazione delle relazioni tra i soggetti sociali.

Se adesso veniamo allo specifico e ci riferiamo ad una *struttura organizzativa* in relazione di scambio con l'ambiente, qual è il servizio sociosanitario, possiamo cogliere come il suo prodotto consti di *attività di specializzazione* e di *attività di progetto*. Mentre le prime, riferendosi ad attività *consolidate* (è il caso delle prestazioni mediche e psicologiche ai singoli...) si prestano ad una *gestione per obiettivi*, di cui la ricerca-collezione, compresa quella epidemiologica, è un aspetto, le seconde, proprio per il loro carattere di rottura, di nuova prospettiva, di salto nella relazione operatori-utenti ed operatori tra loro, richiedono una *gestione per processo*. In tal caso è proprio la condizione di incertezza che impedisce una pianificazione (ciò che generalmente il *management* insegue giacché è controllabile) però a richiedere l'individuazione di strumenti di analisi che colgano i significati e misurino l'efficacia dell'intervento.

Va, a questo punto, evidenziato come entrambe le forme di gestione siano necessario allo sviluppo organizzativo. Qui, però, ci occuperemo, tramite un esempio di azione-ricerca, della gestione per processo.

Da tempo ho occasione di lavorare con operatori di provenienze culturali ed *iter* formativi diversi sulla *categoria* del familiare a scopo di ricerca che ambisce a farsi operatività. Il piacere che il conoscere muove, un piacere frutto anche dell'ansia e dello smarrimento, dunque dello scampato pericolo dal caos, si accompagna all'intenzione, che ha in sé una dimensione etica, di *cum-laborare* sia con altri operatori, sia con i familiari stessi. Il contesto che si costruisce è quello di una ricerca che *accomuna*, seppure con compiti diversi e suddivisioni delle parti sulla *scena* della ricerca stessa. Se ciò non è possibile non si dà possibilità di ricerca.

L'anziano, la sua malattia, il corpo familiare.

Desidero qui presentare alcune risultanze di una ricerca-intervento che ha riguardato venti famiglie residenti nella Regione Lombardia, di diversa estrazione sociale, che si sono rivolte ai servizi di lungodegenza ospedaliera o a Case di riposo a causa di una recente grave malattia di un loro congiunto anziano. Il collegamento tra Università e famiglie è stato attivato e favorito da coloro che si

sono posti quali *presenze intermedie*, come i primari ospedalieri e gli operatori sociali. Le famiglie hanno dato la loro esplicita adesione dopo essere state informate su scopi e *iter* metodologico della ricerca stessa.

Il particolare obiettivo della ricerca psicosociale (far luce sulle modalità con cui le famiglie affrontano l'evento malattia della persona anziana e, data la sua gravità, il tema del passaggio vita-morte) richiedeva un incontro-dialogo dei ricercatori con più persone e più generazioni. Da precedenti ricerche sapevamo che un *intreccio familiare* plausibile (definisco *intreccio* il senso complessivo attribuibile ad una vicenda familiare sulla scorta di un lavoro di analisi linguistico-simbolica) è formulabile se si tien conto delle relazioni che si instaurano almeno tra tre generazioni.

Nel campo della psicologia sociale si contano a decine le ricerche che si occupano di anziani, della loro condizione (la relazione salute/malattia), del rapporto con i servizi. Esse collezionano informazioni ed offrono immagini più o meno definite. Metodo e tecniche utilizzati per la produzione e l'elaborazione dei dati si mantengono però ancorati ad un livello individuale. Di fatto non si pongono i familiari a confronto, così come non si pongono a confronto, in un'*effettiva interazione*, famiglie ed operatori sociosanitari. Lo spazio, poi, riservato alla comprensione degli effetti della malattia lungo l'asse dei rapporti generazionali (come si distribuisce e come si gestisce la cura; come si esce da un'esperienza di malattia che porta di frequente alla perdita della persona anziana) è decisamente angusto, per non dire inesistente.

Ciò che accade alla singola persona (l'anziano e la malattia nei diversi modi in cui si manifesta) fa presa su un corpo-superficie che accomuna; per l'appunto il corpo familiare, e si svolge in una connessione di parole-azioni tra persone. Senza ovviamente negare lo spazio-dialogo che la persona intrattiene con sé e con gli altri essendo soggetto di pensiero e di azione, noi puntiamo a cogliere *natura e forma del legame familiare*.

Se volete possiamo anche dire che ci allontaniamo dal *genere dialogico* (prendo il termine dialogo in senso retorico quale discorso tra *due persone* com'è nella tradizione medica da Ippocrate in poi) che ci permette di centrare l'attenzione sullo snodarsi del dire e del fare, per collocarci nel *genere drammatico*. Invece dell'incontro lo-altro-lo (reciprocamente un *Tu*) che muove verso l'accoppiamento, poniamo al centro l'*azione* così come si declina nei rapporti tra le generazioni. L'azione (il dire ed il fare, nonché i loro contrari e la contraddizione tra gli stessi) origina e si sviluppa dall'incontro-scontro

tra intenzioni, valori, norme, credenze, attese che agitano le persone legate dall'appartenenza familiare.

Non a caso Aristotele afferma che *l'azione è lo svolgimento della trama* e la collega all'opera drammatica. Non solo; ancora Aristotele tratta di una specifica forma drammatica, la tragedia, come genere specificatamente familiare, nel senso che essa trova il suo alimento nei rapporti tra le generazioni e nelle violenze e nelle ingiustizie che vi si annidano.

Insomma, il nostro idolo (ciò a cui volgiamo gli occhi e dedichiamo l'anima) è la trama familiare. È tramite essa che cerchiamo di risalire all'intreccio (di costruirlo), che è caratteristica dell'azione reciproca che muove dai personaggi in scena, ma li oscura. Inutile dire che tutto questo è discordante con la cultura dominante che, dal Settecento in poi, fa della persona, della sua *ratio* e della sua autonomia, il suo idolo.

Ma torniamo al cammino. Tramite le figure intermedie (ma, per altro verso, centrali, come vedremo poi) noi predisponiamo l'incontro tra ricercatori e familiari dell'anziano ammalato. Regola fissa è che all'incontro siano presenti la generazione dei figli e quella dei figli dei figli.

I ricercatori, riallacciandosi all'*evento* (nel cui etimo c'è il *guardare e vedere con i propri occhi*) propongono un *universo di discorso* entro il quale i familiari si dispongono e prendono posizione. Non solo; essi propongono anche un *compito simbolico* (rappresentare sé, gli altri, l'evento, i servizi entro uno "spazio di vita"¹³⁰ e, per dare spessore temporale, lo situano in tempi diversi (ora, "n" anni fa).

Sarà il confronto tra, il dire/detto e il fare/fatto (sulla base del registrato, del videoregistrato e del prodotto simbolico familiare) a costituire l'*humus* della ricerca dell'intreccio che, come ho detto, è la *configurazione* di un significato intellegibile relativo all'accadimento di eventi molteplici ed all'incontro di una pluralità di coscienze legate dall'appartenenza familiare.

Insieme all'intreccio, però, noi abbiamo inteso ricercare le *figure dello spazio*, il *possesso del tempo* e le *forme di incontro* famiglia-servizi. Tralascio, per ovvie ragioni, le categorie della spazialità (come si governa lo spazio) e della temporalità (come si gestisce il tempo) familiare così come emergono dall'incontro famiglia-ricercatori, a partire dall'evento malattia della persona anziana, per centrare l'attenzione sulle *forme d'incontro* tra famiglia e servizi. Devo dire che

¹³⁰ Si tratta di una tecnica specifica, quella dello *Spazio di vita familiare*.

è solo una ricerca qualitativa di tipo progettuale, centrata sui *fatti* interattivi, a poter cogliere la *natura* delle relazioni, la sua ontologia.

L'incontro si struttura e viene vissuto in base al *bisogno di cura* da parte della famiglia (di cui l'anziano è membro), un bisogno che la famiglia stessa non è in grado di soddisfare compiutamente. Al servizio essa si avvicina come all'estraneo, un estraneo pericoloso perché particolarmente prossimo all'*ethos* familiare che, come sappiamo, attiene alla distribuzione delle cure ed al copione che vuole i membri, specie quelli femminili, impegnati nell'assistenza del membro debole o malato.

Il dolore, insomma, si accompagna facilmente alla vergogna ed alla colpa. Inoltre, la malattia facilmente comporta un'inibizione comunicativa (specie nella prossimità della morte) e ben sappiamo come la contrazione della cura nell'aspetto medico-assistenziale colluda con la repressione della portata simbolica della malattia-morte e così taccia a proposito di un rito collettivo di passaggio.

Ma veniamo alle forme di incontro così come le famiglie se le rappresentano sulla base delle loro stesse esperienze. Una è quella della *divisione delle parti*: i servizi si occupano della cura (il somatico), mentre saranno i familiari a *prendersi cura*. È proprio la scissione a rendere possibile l'incontro. La competenza dei servizi è, e deve essere, limitata alla cura medico-assistenziale. La singola persona anziana è lontano ed improbabile interlocutore, giacché è solo e proprio del familiare la competenza degli affetti.

Un'altra forma è quella che possiamo chiamare della *trasformazione possibile*. Vi è, cioè, un'attribuzione positiva da parte dei familiari relativamente al servizio. L'attesa è quella di un *contenimento* (com'è quando l'anziano, non più responsabile, *passa il segno* ed espone i familiari alla vergogna), o di un *riequilibrio* (com'è quando gli operatori liberano dall'eccesso di peso, dalla fatica della gestione del corpo-cosa e realizzano una giustizia distributiva tra le generazioni).

Una terza forma è quella della *menzogna*. Sua caratteristica, come ben sappiamo, è quella di apparire e di essere assunta come verità. È il caso del *rifiuto-diniogo* collettivo di una cruda sofferenza che va allontanata anche dalla vista, oppure di un *misconoscimento* (non è il tempo della malattia che prefigura la morte, evento intrattabile, ma quello di un positivo recupero a cui collaborano esclusivamente i familiari), o dell'*attacco* (si disprezza tutto ciò che viene dal servizio, specie dalla medicina, perché essa delude non offrendo la garanzia della guarigione).

L'intenzione che attraversa il rifiuto-diniego, il misconoscimento e l'attacco operato dai familiari è comunque quella di poter avvertire la propria *normalità* in merito al tema della cura. D'altronde l'intenzione che attraversa il rifiuto-diniego, il misconoscimento e l'attacco operato dai servizi nei confronti del "familiare" è quella di garantire l'apparato della cura medica e la sua *ideologia tecnocratica*.

Ciò verso cui i familiari tendono è agli stessi largamente inconsapevole; essi, com'è della vita quotidiana, *agiscono* e quello che si aspettano dal servizio non è tanto un consiglio od un suggerimento, quanto l'*accoglimento* di un tema affettivo con i carichi che lo stesso comporta.

È allora insieme ai familiari (voglio dire tenendo conto del loro *esserci*) che il servizio deve collaborare ad elaborare il passaggio che malattia/morte chiamano in scena. Altrimenti si dà vita ad un'altra scissione, quella tra corpo familiare (il dolore, la malattia, la morte sono *affar suo*) e corpo sanitario, immaginato e sentito come realtà forte e piena che elargisce aiuto e che non è toccato dalla realtà del male e della sofferenza.

L'incontro con i servizi può liberare la parola; esso consente di avvicinare, tramite la memoria, la storia familiare e di *vederla vivere* al di là di un evento luttuoso assai prossimo. Non solo; tramite l'incontro con i servizi, i familiari possono parlare con l'anziano e tra di loro (specie i figli-fratelli) avendo, così, occasione di *regolare* la vicenda affettiva trattando di debiti e di crediti, di lealtà e di slealtà reciproche.

In tal senso il servizio sociosanitario funziona (può funzionare) come da *cantastorie*.

Il ritiro e la chiusura in sé della famiglia allorché essa è colpita dall'evento malattia è una costante; tale ritiro minaccia di estendere il silenzio anche all'incontro con i servizi instaurando così il *circolo della passività*.

Chi fa parte dei servizi non deve dimenticare che l'*appartenenza* familiare anticipa il rapporto con i servizi stessi, che essa è di ben altra potenza e che è proprio lei che familiari ed operatori condividono.

L'incontro è sicuramente segnato dalla vicenda familiare la cui storia si dipana tra e nei rapporti generazionali, ma è proprio sapendo accettare di *non essere protagonisti* che gli operatori sociosanitari possono prendere l'iniziativa. Essa, come ho detto, attiene la disponibilità-capacità di trattare l'intreccio familiare e di agire da *cantastorie*, avendo riguardo e rispetto per le vicende affettive che i familiari portano.

Rischiare la strada del dialogo, un dialogo che ponga la relazione stessa famiglia-servizi al centro dell'attenzione, allo scopo di offrire alla famiglia un aiuto per affrontare un incerto passaggio, va al di là dei diversi *iter* formativi degli operatori ed è proprio ciò che li può *accomunare*.

Eccoci così alla sintesi: noi abbiamo apportato *modifiche specifiche* al tradizionale incontro servizi-persona anziana chiamando in scena i familiari e considerandoli non come singoli attori sociali da intervistare, ma piuttosto *membri di un corpo* che interagiscono e che insieme affrontano il tema del passaggio avendo nel tempo costruito una specifica organizzazione spazio-temporale. Essendo, inoltre, i familiari non oggetto di studio, ma *soggetto di ricerca*, ad essi abbiamo cercato di *restituire* il significato possibile di alcuni ostacoli incontrati nella gestione della malattia della persona anziana.

A loro volta, non essendo gli operatori solo il *medium* della ricerca, ma il luogo primo d'attenzione, con gli stessi abbiamo potuto e potremo confrontarci essendo *accomunati* dal materiale raccolto (videoregistrato, prodotto simbolico familiare quali oggetti empirici accessibili) e dal fatto, come afferma anche Ricoeur, che la precomprensione narrativa anticipa ogni e qualsiasi lavoro semiotico.

Note bibliografiche.

- Cigoli V. (1982), *Il consultorio. Utopie e realtà di un servizio sociosanitario*, in *Psicobiiettivo*, 3-4, pp. 5-24.
- Cigoli V. (1990), *In scena con la famiglia*, in *Rivista Italiana di Psicoterapia e Psicosomatica*, 2, pp. 83-107.
- Cigoli V. (1991), *L'idolo e la maschera*, intervento al Seminario, *L'individuo e la famiglia nella terapia relazionale*, Reggio Emilia, 2 marzo 1991.
- Cigoli V., *Intrecci. L'anziano, la sua malattia, il corpo familiare*, in press.
- Gilli G., Greco O., Regalia C., Banzatti G. (1990), *Il disegno simbolico dello spazio di vita familiare*, Quaderno n. 9, Vita e Pensiero, Milano.
- Ricoeur P. (1985), *Temps et récit III, Le temps raconté*, Editions du Seuil, Paris; tr. it. di G. Grampa, *Tempo e racconto, vol. 3, Il tempo raccontato*, Jaca Book, Milano, 1988.
- Sedlmayr H. (1848), *Verlust der Mitte*, Otto Müller Verlag, Salzburg; tr. it. di M. Guarducci, *Perdita del centro*, Borla, Roma, 1983.

CAPITOLO QUINTO

PSICOLOGIA: ATTIVITÀ SPECIALISTICA.

Dario Degli Innocenti, Giuliana Missio, Vanna Vocino.

Abbiamo riascoltato, ed in buona parte anche sbobinato, il dibattito seguito alle relazioni; scegliamo di rendicontarlo segnalando il tema che vi è stato privilegiato e che quindi l'ha caratterizzato: quello della "specialità" della psicologia.

Il dibattito è stato ampio ed articolato; in certi momenti animato da tensioni che — lo diciamo anche perché queste sono sempre approdate a momenti di sintesi — sono stati anche il suo bello! La presenza, fino alla conclusione dei lavori, del Presidente, ha significato il particolare interesse dell'Amministrazione per i temi in discussione; quello degli operatori del settore e di altri, dei Sindacati, era evidentemente scontato. Tutti gli interventi, anche i più critici, hanno sottolineato la validità e l'originalità del Progetto, per cui quest'ultimo, ormai, avuta anche la ratifica del dibattito congressuale, ha assunto lo *status* di *Programma*¹³¹.

La peculiarità del dibattito comunque è altrove...

Se ci si pensa bene, anche i lavori della mattinata hanno riservato, diciamo così, una "sorpresa": la *celebrazione*, da parte di Giampaolo Lai, dell'importanza del Laboratorio di Tecniche Conversazionali e dell'originalità della sua costituzione all'interno di una struttura uslina. Si è andato così profilando quel gemellaggio *Accademia* di Milano-*Laboratorio* di Prato che era nell'aria già al momento dell'inaugurazione del *Laboratorio*, ma che non aveva

¹³¹ Il dott. Montaini ha definito il progetto "un fatto storico" e, alla fine dei lavori, ha chiesto e provocato un applauso rivolto a Cesario. In realtà tutta la giornata — è uno degli elementi che l'hanno caratterizzata — si è andata sviluppando come una sorta di *referendum* pro o contro Cesario. Quest'ultimo ha, probabilmente, contribuito a ciò personalizzando molto il suo intervento (ci riferiamo ai commenti a margine, alle parentesi ed alle parentesi nelle parentesi... di cui il testo qui pubblicato risulta depurato); quasi a scommettere tutta la propria credibilità per la promozione dell'U.O. di Psicologia, fino all'"equiparazione agli equiparati"!

ancora preso corpo. Tale gemellaggio è stato ratificato nella parte aggiunta da Lai al suo intervento.

La "sorpresa" dei lavori del pomeriggio è stata la concentrazione degli interventi sulla relazione di Cesario che, in buona parte, era andata molto al di là del Progetto. In realtà quest'ultimo era stato, nello scorrere dei mesi, discusso ed approfondito in diverse sedi; non era quindi più possibile dedicare tutta una giornata di studio soltanto al riesame dello stesso¹³².

¹³² Comunque, in sede di dibattito, ad un certo momento, verso la fine, il testo del Progetto è stato esaminato in diverse sue parti; vedendoselo sfogliare, e riesaminare, quasi punto per punto, Cesario, sicuramente contento della cosa, ha detto di risentirsi, dopo tanto tempo, nella posizione del candidato alla discussione della sua tesi di laurea. Il dott. Montaini gli ha risposto scherzosamente: "È il destino anche dei precursori e dei profeti, questo, eh! non solo degli studenti!" Tra gli interventi che sono entrati nel merito del Progetto ne citiamo solo alcuni. Quello del prof. Parrini: egli, dopo aver annotato che il Progetto "va al di là [...] di ciò che abitualmente si fa nelle UU.OO. di Psicologia, dove ci si appiattisce soltanto su di una determinata cosa che è poi quella che tradizionalmente è stata richiesta [...]", ha valorizzato, nel progetto, 1) il progettare come gettarsi avanti: "A me, questo, sembra molto importante. Perché allora questo diventa un progettare che non può fare a meno del momento di ricerca nel momento stesso in cui si applica l'intervento e confronta, continuamente confronta e verifica la ricerca con l'intervento. Noi siamo troppo abituati, spesso, a fare, e a pensare poco. Noi..., non come PSY in generale, PSY con l'Y maiuscola... No!... ma insomma, nella medicina in generale, c'è questa tendenza a fare, a fare, a produrre, ma la riflessione è mediamente poca. Ecco! Invece, secondo me, è estremamente importante il momento della riflessione perché è questo che ci consente di affinare le armi per fare interventi seri. E questo ce lo consente, ce lo consente tutto ciò che viene detto nella relazione e che si riferisce al Dipartimento" (vedi l'intervento/ricerca o ricerca/intervento; la formazione/dis-formazione etc...); 2) la centralità dei "nessi logici e politici" ("a me, questa, è piaciuta molto"); egli ha sottolineato che i sotto-progetti sono realizzabili solo in un'ottica dipartimentale; il momento storico è particolarmente fortunato ("se siamo bravi!"), data la recente istituzione, a Prato, del D.S.M..

Quello del dott. Bogliolo che ha colto la centralità del sotto-progetto PRIMO ASCOLTO. Egli, da una parte, l'ha considerato un significativo tentativo di superare il vecchio *filtro*: "[...] cosa che io ho letto *summo cum gaudio*; mi sembra veramente, non dico un'invenzione! finalmente una proposta concreta, scritta e scritta bene! È ovvio, direi, che offre all'utenza un'occasione così unica, così rapidamente... di ricevere, rapidamente... un'opportunità... di essere 'accolta'; e, quindi,

Cesario ha presentato, in filigrana con un'ipotesi di *excursus* storico dei rapporti tra psicologia e pedagogia, psicologia e psichiatria, un'ipotesi di definizione in due tappe dell'*iter* di formazione del profilo della professione negli ultimi venti anni — soprattutto all'interno dei servizi pubblici —; ed ha utilizzato questo sforzo ricostruttivo allo scopo di porre alcuni nodi problematici, culturali e corporativi, abbastanza complessi.

È interessante come la reazione generale si sia rivolta alla chiusa del suo intervento in cui veniva evocata la figura del "nulla" sia allo scopo di definire il campo che gli strumenti di intervento dello psicologo. Non dimentichiamo che anche l'intervento di Giampaolo Lai, a proposito della definizione del Soggetto Grammaticale, ha fatto ricorso alla medesima figura, ed all'interno di un contesto che può essere risultato tanto suggestivo quanto perturbante.

Già il primo intervento a caldo, alla fine dei lavori della mattina, quello del prof. Eletti, Commissario Regionale per la formazione dell'Albo, ha colto quella che probabilmente era anche una provocazione lanciata da Cesario... Qualcuno potrebbe definirla — anche se restrittivamente — una mossa *down*, una mossa, quindi, paradossale, se si pensa alla ricchezza di cose *fatte e da farsi* da tutti riscontrata nel Progetto! Il dott. Taiti, riferendosi alla ripresa della

l'opportunità che venga fatta un'operazione superiore, direi, a quello che era il vecchio filtro; una valutazione che consenta di dare anche una risposta valida, efficace, efficiente, verificabile, in tempi brevi... secondo me ha del miracoloso! Non nel senso negativo, nel senso positivo!" D'altra parte egli ha rilevato l'utilità di approfondire le valenze del P. A. come intervento "di confine", tra intervento *non* psicoterapico e intervento *a forte valenza* psicoterapica (psicoterapia breve o ultrabreve). Ricordiamo qui che è in programmazione, per settembre, un'iniziativa del Laboratorio, in collaborazione col D.S.M., sul Primo Ascolto; basata sulla rendicontazione di un P.A. *sui generis*: cioè si di un P.A. che ha consentito — pur trattandosi di una situazione grave — anche una prima e, forse, ultima risposta, sempre all'interno dello spazio del P.A.. Si è trattato, per l'appunto, non di una psicoterapia ma di una "presa in carico", a forte valenza psicoterapica. Almeno, questa è la "tesi"!

Quello del dott. Taiti che ha valorizzato, nel progetto, il superamento degli *orti conclusi*, ma, a proposito dell'esperienza nei Consultori, la cui impostazione ha riconosciuto ormai storicamente superata, ha invitato a salvarne la parte positiva, cioè "la concretezza sul pezzo" (sul caso, sulla situazione...).

tematica del nulla nel finale dell'intervento¹³³, vi leggeva addirittura una pulsione megalomanica! Cioè una rivendicazione di competenza su tutto!¹³⁴

Il prof. Eletti, dicevamo, ha colto per primo il senso della provocazione ("Questo nulla è detto in forma polemica, certamente [...]"); e se, da una parte, ha riconosciuto la misteriosità dell'oggetto Psicologia, misteriosità verificata nel suo lavoro di Commissario che gli ha consentito di toccare con mano l'enorme ignoranza tutt'ora

¹³³ Quanto, invece, al primo richiamo alla figura del nulla, ha osservato: "Tanta di quella patologia, che oggi riconosce causalità e perfino dimostrabilità del tipo strumentale, del tipo biologico, del tipo biochimico... cinquanta anni fa era nulla! Non si può escludere che quello che oggi, nel linguaggio dei medici — come categoria, ah! — si dice nulla, non possa in realtà, domani, non essere più, in questo senso, nulla. Quindi questo limite è sicuramente un limite storicamente condizionato e spostabile". Con ciò stesso riconoscendo un valore "storico" alla ricostruzione di Cesario; contro delle critiche del tipo — parole della dott.ssa Teodori —: "[...] questo spazio ritagliato come un po' d'avanzo, scusa...; cioè 'non'...; quello che non fa il medico, quello che non fa l'assistente sociale, quello che non fanno altri, è compito nostro... A me mi sta un pochino stretto come abito". Eppure la dott.ssa Teodori ha riconosciuto che il Progetto era ricco di cose precise: "[...] compiti [...] che vanno riempiti di contenuti, queste parole... Allora prevenzione non è una cosa generica, ma è effettivamente mettersi lì e...; in questo senso ho apprezzato moltissimo il lavoro che Cesario ha fatto nel Progetto dell'U.O. quando codifica gli interventi, ci mette accanto gli OO...". È però lei stessa che fornisce una delle chiavi possibili per spiegare una reazione così massiccia — e, forse, monocorde — al nulla nell'intervento di Cesario: "Questa cosa del nulla finale, evidentemente, ha suscitato un po' di, di perplessità, o ha messo in moto delle emozioni anche tra di noi... lo credo, io credo che... lo [il nulla] riempirei anche di parole, proverei a riempirlo; una di queste è anche la parola: responsabilità".

¹³⁴ "[...] mi sembra che qui, come dire, ci sia un gioco — in senso tutto positivo — ma sulle parole! Quando tu citi, nelle ultime parti della relazione... il discorso... Il tuo nulla... Non è un discorso di modestia — come qualcheduno, secondo me, ha qui dentro... —; è un discorso di una rivendicazione, di una superbia quasi luciferina, dal punto di vista, beninteso, intellettuale! Megalomane [riprendendo un suggerimento volante di Cesario], son d'accordo con te! Perché in questo nulla c'è tutto l'umano, oh! Per cui essere competenti di questo nulla... dico: 'Bravi! Bravissimi!' Forse, cercate di darvi una regolata, sulle competenze di questo nulla!"

esistente sulle questioni della psicologia¹³⁵, dall'altra, ha affermato la necessità di costruire una sorta di "mansionario" dello psicologo, "ben specifico, che corrisponda a quello che noi effettivamente facciamo"; tale mansionario "ci dirà effettivamente... cosa è questo [psicologo]" (Prima: "[...] non sono i *nomina* ma i *numina* e gli *idola*, cioè quello che emblematicamente la persona è capace di fare e rappresenta [...]")^{136 e 137}.

Qualcuno ha considerato l'*excursus* di Cesario un po' "datato". Forse dimenticando che Cesario stava parlando della situazione della psicologia a Prato dove lo psicologo, all'interno di un'U.O. da poco costituita, ha parecchio faticato — e continua a faticare — allo scopo di conseguire il riconoscimento della propria "specialità". È per questo che Cesario ha ringraziato l'Assessore Magnolfi per il suo intervento di apertura dei lavori ch'egli ha subito definito come intervento anche quasi di chiusura anticipata degli stessi¹³⁸: l'affermazione dell'Assessore che la psicologia è una delle attività specialistiche, se, da una parte, è stata la citazione dell'ovvio (almeno nell'applicazione toscana della legge), d'altra parte, nella realtà pratese, è suonata come un importantissimo riconoscimento. Ora, una specialità si

¹³⁵ "[...]io credo di avere portato un contributo, in questo senso, a Roma e anche negli altri incontri regionali... fatti dai vari Commissari... Perché nessuno sapeva, in effetti, cosa fosse questo psicologo!"

¹³⁶ Egli ha inoltre precisato che lo psicologo "cura il vissuto somatico che è una parte importantissima del corpo [...]".

¹³⁷ Ad alcuni elementi dell'intervento del prof. Eletti possono essere collegati alcuni elementi degli interventi del prof. Marasco e del dott. Pierucci (rappresentante dell'A.U.P.I.); del primo ricordiamo la precisazione relativa alla famigerata identità dello psicologo: in poche parole "La tua identità è data da ciò che sai fare!" Del secondo il rilievo che la normativa della professione dello psicologo è più precisa e particolareggiata di quella delle altre professioni; forse, a scongiurare il rischio dell'evanescenza?

Dobbiamo dare atto al dott. Pierucci d'essere stato l'unico che ha osato riprendere uno dei nodi corporativi più grossi, quello dell'"equiparazione agli equiparati"! Pensiamo che non sia un'ipotesi del tutto peregrina quella che attribuisce la sottolineatura della figura del nulla ad una manovra di evitamento della richiesta, fatta in termini precisi, documentati e quasi solenni, di tale equiparazione. Tale richiesta non è, certo, una richiesta di nulla! Eppure risulta, dopo la lucida presentazione di Cesario, estremamente sensata.

¹³⁸ Nel senso che forniva anche una delle risposte che dal Convegno — e dall'Amministrazione rappresentata, nel suo vertice più alto a livello regionale, dall'Assessore — l'U.O. di Psicologia si aspettava!

definisce per le sue differenze e le sue somiglianze rispetto alle altre specialità. Ripetiamo che il Convegno avveniva a Prato e riguardava, in primo luogo, la realtà pratese!¹³⁹

Ma l'*excursus* di Cesario, anche al di fuori della realtà pratese, ci sembra importante; esso, non solo fornisce delle *date* (in questo senso è, sì, datato), ma ripresenta all'attenzione degli Amministratori, dei Sindacati, degli operatori, del pubblico più vasto, dei *dati*; e dei dati problematici su cui la stessa categoria degli psicologi è divisa a causa del diverso trattamento economico. Potrebbe apparire un'anticaglia marxiana, ma continuiamo a pensare che il tipo di retribuzione (come dire: la base economica) non sia una variabile sovrastrutturale! cioè una preoccupazione che anima qualche soggetto incapace, tutto chiuso nel suo *particolare*, di considerare l'interesse generale! Si tratta invece di una questione strutturale e strutturante!

Sul problema della specialità dello psicologo — e sul nulla — si è ritornati anche a partenza dal versante della produttività dello stesso. Il dott. Montaini ha ricordato che l'U.S.L. è "un'azienda che eroga servizi sulla base di una programmazione — dovrebbe essere così; a volte, purtroppo, non è proprio così! — con determinati vincoli finanziari, economici, procedurali e legislativi". Ciò vuol dire che lo psicologo deve essere consapevole del ruolo che è tenuto a svolgere "quando volontariamente si incastona, si inchioda dentro ad un'organizzazione con le sue regole, i suoi programmi, le sue finalità, i suoi vincoli".

Il richiamo del dott. Montaini è stato molto utile. Anche perché ha coraggiosamente nominato alcune questioni sottaciute; ci riferiamo al fatto della talvolta difficile comprensibilità del linguaggio dello psicologo (sul finale, interrompendo per un attimo l'intervento di chiusura del Presidente, egli ha citato la compianta Liliana Rossi¹⁴⁰ che, una volta, rispondendo ad un gruppo, per l'appunto, di psicologi, disse: "Io non ci capisco; a me mi sa che mi volete fregare!" La figura

¹³⁹ Per cui sono suonate comprensibili ma fuori contesto alcune osservazioni; come quella dello stesso prof. Eletti: "Il fatto che [...] si insista nel vedere questi confini fra lo psichiatra, lo psicologo, il sociologo... Ecco: secondo me è una cosa vecchia, è una battaglia di retroguardia, a partire dal passato. In America [...]". Ma non eravamo in America; eravamo a Prato!

¹⁴⁰ Liliana Rossi fu Assessore alla Pubblica Istruzione di Prato; tra l'altro, attivò le Commissioni Psico-Medico-Pedagogiche.

del "nulla" è improvvisamente risultata solo una controfigura della "fregatura!")¹⁴¹.

Il dott. Montaini, come "voce fuori scena", come "infiltrato" — sono due sue autodefinizioni — ha usato il ricorso al "linguaggio misterioso" o "particolare" degli psicologi caratterizzato, secondo lui, per il suo non essere referenziale¹⁴² come via indiretta (si fa per dire) per approdare al vero contenzioso: "Come si organizza un'U.O. di Psicologia?" E questo: "all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (non, ad es., all'Olivetti!)?"¹⁴³. In poche parole, o: in parole povere (referenziali): che cosa fa l'U.O.? Come lo fa? Come ne verifica la bontà? Come lo rendiconta? Tutte domande che aspettano una *risposta* e la debbono avere!¹⁴⁴

¹⁴¹ Ve lo dicevamo, il nulla costituisce il filo rosso del nostro intervento di rendicontazione; ma perché ha costituito il filo rosso degli interventi che rendicontiamo. Ad un certo punto, ad es., è volata la battuta (del dott. Taiti): il nulla? "È il finanziamento regionale!"

¹⁴² "Il nome della rosa è rosa, rosa, rosa! Il linguaggio figurato al posto di un linguaggio referenziale, alla fine, eretto a sistema, in un'organizzazione, come minimo, allontana la solidarietà!"

¹⁴³ "In questo progetto, casomai, manca un po' questa, questa consapevolezza. C'è, ma viene, da uno psicologo, attenuata... Per esempio, quando si parla di managerialità, felicità e democrazia... l'impressione che si riceve è che [...] alla fine il risultato della managerialità viene considerato, viene verificato in una sorta di dialettica in opposizione al Responsabile [...] che è una esercitazione meravigliosa, dal punto di vista culturale, certo! anche affascinante, ma che io direi di guardare con un minimo di realismo. Perché l'U. O. di Psicologia ha una sua identità, una sua caratteristica [...]"

¹⁴⁴ Il dott. Montaini, dopo aver dato come "scontati" l'"impegno" e l'"intelligenza" di tutti gli psicologi..., discutendo delle ambiguità che il binomio "intervento/ricerca" può attivare — d'altra parte ogni binomio, per sua stessa natura, è ambiguo — ha rivolto un invito: "Non vorrei che prevalesse, in questo momento [...] la speculazione, non dico la speculazione fine a se stessa... ma comunque la speculazione. Allora, il Progetto di Cesario ha tutte e due le cose, ce l'ha tutte e due e ce l'ha anche in filigrana." Fin dall'inizio il dott. Montaini aveva rilevato una particolarità del testo di Cesario: "[...] il progetto del prof. Cesario... che ha fatto una cosa ottima... secondo me anche perché ha un'intellettualità così raffinata che dice le cose e poi se le critica, per cui è difficile criticarlo... lo mi ci proverò in contrappunto e in trasparenza [...]"; aveva cioè rilevato, l'esistenza, nel testo, di una serie di contraddizioni tenute lucidamente aperte allo scopo di potere sfruttare al massimo tutte le polarità coinvolte.

Cesario gli ha risposto precisando — in coda al suo intervento — che Lai è da anni impegnato nella "verifica dei risultati" della psicoterapia; è, cioè, impegnato a districare una questione che ha stretta attinenza con i problemi del managerialità: quello della produttività! Ha speso queste parole su Lai perché l'intervento del dott. Montaini è scoppiato come una piccola tempesta a seguito della provocazione di Lai a proseguire il dibattito in modo più "conversazionale"... Si è trattato di uno dei momenti di tensione sopracitati.

Cesario ha ricordato quanto già precisato la mattina a proposito dell'impegno, già da alcuni mesi esplicito, di rendicontare la produzione dell'U.O. presa *nel suo complesso e settore per settore* di attività; e degli OO. *presi isolatamente*. Ha sostenuto che, forse, si tratta di qualcosa di inedito; cioè di qualcosa che l'U.O. di Psicologia fa *in più* rispetto alle altre UU.OO.. Ha ricordato ancora che l'iniziativa del Laboratorio è da vedersi come una *ottimizzazione* dell'iniziativa, ch'egli ha già trovato messa in cantiere dalla gestione precedente dell'U.O., del Centro di Terapia Familiare; l'ottimizzazione consiste nell'ospitare dentro il Laboratorio tutti i *setting* psicoterapici; anche i *setting* non psicoterapici; tutti gli OO. dell'U.O. di Psicologia, non solo i Terapisti della Famiglia; tutti gli OO. del D.S.M. interessanti alla videoregistrazione, alla rendicontazione ed al confronto. Egli ha contrapposto, molto chiaramente, alla figura del "nulla" quella dell'"in più" (del "supplemento").

Il fatto che sia stato, come abbiamo già ricordato, il dott. Montaini a chiedere l'applauso finale dimostra che sono stati infine raggiunti dei momenti di comprensione e di sintesi.

Il prof. Marasco cercando, nel suo intervento, di tirare le fila del dibattito (del dibattito sul nulla!) ci sembra che abbia fatto le seguenti precisazioni:

1. riprendendo una parte dell'intervento del dott. Taiti: è vero, il nulla diagnostico viene, progressivamente, riempito. Ma, forse, Lai e Cesario vogliono dire qualcosa di più: anche quando un determinato disagio ha avuto un "nome", si tratta sempre solo di un "nome"¹⁴⁵! Cioè, la *referenza* vera e propria rimane sempre, in qualche modo, impregiudicata!

¹⁴⁵ "Ma io credo che il nulla — qui, forse, in maniera un po' arbitraria, prendo da Lai e da Cesario — dice di più: perché va a dire che, anche quando, poi, in qualche caso, un disagio ha avuto un nome (per es., oggi è piuttosto recente la personalità narcisistica, che comincia ad essere delineata, o il *borderline*)... o quelle vecchie... lo... se ho capito,

2. Il linguaggio dello psicologo è, di fatto, "particolare"... Esso, infatti, addirittura si prefigge di indebolire la referenza¹⁴⁶! Lo considera, in certi casi, non in tutti, terapeutico!
3. Però il dott. Montaini ha ragione: non dobbiamo "identificarci in questo metodo!" Comunque "dobbiamo saperci muovere!" Non dobbiamo esportare il nostro approccio squisitamente psicologico in ambiti e momenti in cui è richiesta invece la capacità di programmare avendo ben presente, e tenendo ben presente, un determinato referente. Se così facessimo ci troveremmo, di fatto, paralizzati e rischieremmo di paralizzare anche gli altri!
4. Infine, un cortese invito: "Però debbo dire che... mentre faccio questo... debbo dire che vorrei che tutti gli altri capissero che, a mio avviso, la tecnica... di noi psicologi è un po' questa"; anche se, questi altri, dovranno anche aiutarci a correggere le eventuali deformazioni¹⁴⁷

Lai direbbe: 'Ma signori! ma... son sempre nomi! Rendetevne conto! Son sempre nomi! Cioè, dobbiamo operare e, operando su loro come nome, niente sappiamo di tanto del corpo mortale!'" Ho capito bene?

¹⁴⁶ "Abbiamo *setting* fatti apposta perché, anzi, si esalti questa debolezza della frase che diciamo con la referenza [...]. È molto debole, e, a volte, ci fa comodo annullarla completamente; per leggere tutte le possibili risonanze che la frase ha. E anche per indebolire il soggetto... psicologico. Noi abbiamo anche dei dubbi, oggi, che esista un soggetto psicologico! Io, almeno, ho parecchi dubbi! E, specialmente, che esista un soggetto psicologico continuo!"

¹⁴⁷ Gli interventi di Sandra Rogialli e di Maria Pia Teodori sono stati integrati nella relazione di Salvatore Cesario.

