Propongo un resoconto sulla costruzione di una funzione psicologico clinica entro un incarico da dirigente psicologo presso il Dipartimento di Salute Mentale di Taranto.

E' prassi nei concorsi pubblici che i vincitori meglio posizionati in graduatoria possano "scegliere" in quale servizio svolgere l'incarico: una prima fase della costruzione del rapporto con la committenza è consistita nel non colludere con fantasie agite su un presunto posto preferito, ma piuttosto nel cominciare a esplorare la domanda di assunzione di psicologi con il direttore del DSM che aveva richiesto alla ASL di bandire il concorso.

Apprendo così che il direttore del DSM ha ottenuto l'incarico da poco tempo, in seguito a un lungo periodo in cui tutti i ruoli di responsabilità entro il DSM erano accentrati nella figura di un unico responsabile, andato in pensione dopo oltre 20 aa di lavoro. Il nuovo direttore mi presenta una fotografia dei vari servizi sottolineandone le criticità: vorrebbe ripopolarli di psicologi dopo che, nell'ultimo ventennio, questi si sono raggruppati entro il servizio di Psicologia Clinica, lavorando secondo la propria tecnica e costruendo aree corrispondenti ai loro specialismi (con varie sezioni, ad esempio: adolescenti, tribunale dei minori, terza età, psicoterapie e valutazione psicodiagnostica etc.); mi chiede di prendere servizio in SPDC, dove lei ha iniziato la sua carriera di responsabile, e che sembra le stia molto a cuore. Da parte mia vi era l'aspettativa di intervenire sulla disistima verso gli psicologi, che sembra caratterizzare il mondo del lavoro.

Il direttore utilizza l'espressione *"intendo guarnire i servizi di psicologi*": da dizionario guarnire indica munire di quanto serve per la difesa o per il regolare funzionamento di un’organizzazione, o corredarla di appropriati elementi di complemento o di ornamento.

Nel corso di questi 4 anni ho svolto l'incarico presso il SPDC e poi presso il CSM di un paese; attualmente presso l'unico CSM della città, che ha 200.000 abitanti. La precarietà del mio contratto è il limite vissuto come paradossale rispetto ad un ruolo istituzionale che si ipotizza forte.

Presento in sintesi degli elementi di analisi dei vari contesti, e come ho costruito una funzione psicologica. Il resoconto segue la traccia degli obiettivi perseguiti.

Il SPDC mi appare come sotto un assedio di violenze, persecuzioni e angoscia. Si agiscono contrapposizioni che aggrediscono i rapporti: tra colleghi medici, tra medici e infermieri, tra gruppi in turno, tra operatori e famiglie, tra il reparto e gli altri reparti, tra il reparto e i CSM etc.. Qualsiasi azione di chiunque poteva essere interpretata minacciosamente dalle altre parti dell'organizzazione. C’è uno psicologo con contratto a tempo indeterminato, che mi dice: “Benvenuta, fai quello che vuoi. Se lavori, te la faccio pagare”. Lo psicologo aveva risolto il suo ruolo affiancando il direttore, sollecitandone un potere incompetente. Ad esempio, sollecitando fantasie di svalutazione sugli altri operatori, e proponendosi come controllore.

In quest’assetto imploso su di sé, posso comunque proporre setting di pensabilità dei problemi portati dall'utenza, riconoscendo collegamenti tra le azioni degli operatori, perché c’era una domanda in tal senso.

In accordo con il responsabile del SPDC che a sua volta aveva domande, e non solo esigenze di controllo, proponiamo alcuni cambiamenti.

Dico alcuni cambiamenti: l'assedio dei parenti dei ricoverati è stato organizzato in uno spazio - tempo concordato, comunicato con chiarezza all'utenza. I pazienti non avevano la sensazione di essere oggetto di attenzione, e gli operatori avevano informazioni frammentarie su di loro; abbiamo proposto il rito ospedaliero, non necessario ai fini medici, come risposta. I pazienti del reparto che in genere non sono allettati, si mettevano in pigiama e a letto, e apparivano contenti di ricevere la visita dell'equipe, e nel contempo, i vari operatori sentivano insieme cosa avevano da dire, mentre altrimenti, ciascuno aveva informazioni che restavamo sconnesse tra loro. Quotidianamente, insieme alla caposala, informavo gli infermieri sulle storie dei pazienti, quando riuscivo a recuperarle; avevamo formato un gruppo di volontari del servizio civile, che monitoravo, che si occupavano di sostenere piccoli scambi relazionali nei tempi morti della vita di reparto. Per quanto riguarda le psicodiagnosi, non mi sottraevo alla richiesta dei medici; ne leggevo il bisogno di condividere dubbi e responsabilità (soprattutto nelle diagnosi dei giovani, e nella questione della cronicità, sollecitanti un vissuto di impotenza). Avevo proposto una simbolizzazione affettiva delle principali diagnosi che le traduceva in assetti relazionali, per cui gli *schizoaffettivi* erano i nostri pazienti preferiti, ai *ritardi mentali* si concedevano più uscite al bar, affidavamo ai volontari i *bipolari* quando erano logorroici etc. Proponevo di leggere i sintomi, in particolare i deliri, portati dai pazienti nei nuovi ricoveri, come riferibili al servizio territoriale da cui provenivano, *indovinando* il CSM di provenienza. Quando era possibile, mediavo tra pazienti e psichiatri, proponendo ipotesi su ciò che accadeva negli scambi relazionali. Questa funzione di supporto all'organizzazione mi pareva utile, come alternativa alle fantasie onnipotenti di cura della malattia psichiatrica e tuttavia ripensandoci adesso, mi accorgo che io stessa pativo la mia competenza psicologica, come limite di fantasie di onnipotenza.

Si verifica infine un evento critico: confliggo con il direttore rifiutando di eseguire un corso di formazione per gli infermieri creato dallo psicologo incardinato, che dico di ritenere dannoso e imposto, e non penso, come forse avrei potuto, di poterlo attuare utilmente. Vengo trasferita.

Nel CSM di Martina, un paese del tarantino, trovai una situazione che rispecchiava pienamente quella teorizzata da SPS come "fase ideologica": il gruppo di lavoro, sdifferenziato per ruoli e funzioni, condivideva gli esiti di una mai ripensata cultura della psichiatria democratica. In particolare mi sembrava che ne sentisse un fortissimo fallimento, rispetto alle aspettative di liberazione dall'istituzionalizzazione considerata come il male assoluto. C’era un vissuto di lutto per la perdita di un loro leader carismatico. Un vissuto di impotenza a trattare con i pazienti si manifestava in molti modi; ad esempio il corpo infermieristico si prodigava costantemente nel sollevare l'umore dell'utenza. Ballare, abbracciare, farsi foto insieme, erano alcuni degli interventi proposti indipendentemente dalla patologia. Al tempo stesso emergeva una cecità nei confronti delle nuove domande che timidamente provavano a rivolgersi al CIM (così era chiamato) come problematiche di convivenza e di relazione. Ho proposto una funzione psicologica all'interno delle riunioni d'equipe, che il gruppo di lavoro simbolizzava come assemblee, proponendo, a partire dalla mia estraneità, un punto di vista che interrompeva le fantasie di sdifferenziazione. Il CSM mi tiene a distanza, e mi fa capire che non vuole che il loro assetto venga toccato. Il responsabile e lo psicologo incardinato (che aveva risolto il suo ruolo occupandosi di minori all'interno del csm adulti) mi dicono che non devo fare interventi con i pazienti, specie quelli storici. Mi sono mossa con maggiore cautela rispetto al SPDC, ritagliandomi uno spazio per le prime visite che non sembravano interessare a nessuno; ho cominciato a proporre al gruppo l'attenzione sulle nuove domande individuando tre macrocategorie: quella dei figli dei pazienti storici, quella dei caregiver degli anziani e le parti coinvolte entro le problematiche connesse alle patologie oncologiche.

Questa funzione sembra essere risultata interessante al responsabile del CSM di Martina, che, diventato responsabile del CSM di Taranto, mi ha chiesto di riproporre questo modello e di aiutarlo a capire qualcosa della città.

Negli ultimi due anni, i principali servizi della Salute Mentale sono stati raggruppati in un edificio nel cuore della città. Si tratta di un ex monastero delle Clarisse, del 1363, divenuto ospedale militare, bombardato, ricostruito, trasformato in ospedale civile, e ora, dopo un lungo restauro, dato dalla Asl alla Salute Mentale. C’è un sentimento condiviso che vi siano degli investimenti su Taranto, offerti alla città come *risarcimento* rispetto alle sconsiderate politiche industriali degli anni ’50, che hanno portato a danni ambientali e allo stravolgimento del tessuto sociale. Al Servizio si rivolgono in particolare gli abitanti dei quartieri con maggior disagio sociale, sviluppatisi a ridosso dell’industria, e che ne vivono il dissesto. Giungono con un linguaggio psichiatrico, ma sono spesso disposti a spostare il focus dell’attenzione sulle loro emozioni di rabbia, di frustrazione, legate a vissuti di impotenza e impensabilità del futuro, su cui aleggiano malattia e disoccupazione.

Rispetto al gruppo di lavoro del CSM, al mio arrivo ho trovato un Servizio i cui componenti non riconoscevano né condividevano una appartenenza comune. Si sentivano strappati da appartenenze precedenti che li avevano fatti sentire sicuri, ma anche in cui si erano rinchiusi rispetto all’utenza. Erano arrabbiati col nuovo direttore del DSM, che vivevano come nemico. Anche gli psicologi, in quanto nuovi assunti dal direttore, venivano inglobati in questa simbolizzazione rabbiosa e nemica. Ci sono voluti due anni per costruire un minimo di fiducia con i vari operatori, ancora oggi molto asserragliati nella divisione dei ruoli. Ho tentato di costruire rapporti cercando un dialogo sugli obiettivi nel lavoro con l’utenza. Attualmente lavoro a partire da due vertici concordati e pensati insieme al responsabile del CSM: quello della riunione settimanale d’équipe, in cui si discutono i casi, e quello delle prime visite svolte con i medici, in cui il servizio sta tentando di spostare il focus dall’anamnesi all’analisi della domanda di aiuto. Gli psicologi (tre unità a tempo determinato) sono coinvolti insieme al medico in tutte le prime visite oltre che nelle prese in carico.

Da questo punto di osservazione, rilevo che la città sembra appiattita su vissuti sacrificali e di assenza di speranza. Il momento culturalmente più condiviso dal territorio è il rito religioso pasquale della passione di cristo, con la partecipazione ad una processione che dura 36 ore. Tuttavia, nella storia di questa comunità ci sono stati alla base anche miti fondativi più complessi e sfaccettati, che una funzione di mitopoiesi potrebbe aiutare a far riemergere.

Aggiungo che oggi alcune istituzioni sembrano proporre una domanda perversa alla psicologia: penso alle numerose prescrizioni di psicoterapia per autori di reati o in situazioni di devianza richieste dai tribunali.

Attualmente sono impegnata con il servizio nella costruzione di una domanda formativa che contempli il lavoro sull’organizzazione.

Come elementi di criticità rispetto alla funzione psicologica, vedo sempre il rischio di un utilizzo perverso del lavoro dello psicologo: ad esempio, nel mio servizio tutti conoscono per sentito dire l’analisi della domanda, e si tende a trattarla una tecnica.