

Il saper fare in CT (Commento di Serrano)

Author: **Mario Serrano** affiliation Direttore DSM Asl 6 di Livorno



Premetto innanzitutto che mi fa davvero piacere l'invito ricevuto dall'amico Beppe Corlito a commentare l'articolo di Paolo Rossi perché si tratta di una riflessione su di una esperienza che proprio lui mi ha fornito l'occasione di conoscere alcuni anni fa.

Innanzitutto il punto di vista: l'articolo apertamente parla dal punto di vista degli operatori impegnati nell'impresa. Non di operatori neutrali, ma di operatori che si sentono "impegnati": le due polarità tra cui si esprime questo impegno sono da subito riconosciute come da un lato l'esigenza di non perdere la propria dimensione di persona in relazione con altre persone e dall'altro la necessità di porsi in una relazione istituzionale (come modello si dice) ma con la pretesa di non istituzionalizzare. In questa tensione l'empatia si pone sia come competenza del singolo operatore ma allo stesso tempo anche come prova del nove per il gruppo, che è la dimensione insostituibile per ogni Comunità che si voglia Terapeutica. La trasformazione del classico Ascolto duale in Ascolto circolare, organizzato: un Ascoltare verificabile soprattutto attraverso la puntuale possibilità che si dia un'azione attiva dei pazienti: fino a quando essi parleranno e non smetteranno di comunicare. E' quando questo si dovesse interrompere che ci sarebbe la prova che l'ascolto non sta procedendo. Da qui un sapere ed un fare come interrogativo costantemente fluttuante tra un *FareSu* un *FarePer* sempre mirando ad un *FareCon*

Domanda tra le righe ma centralissima: cosa sono e a che servono le Residenze psichiatriche in generale e le CT in particolare? A che dovrebbero servire (non si tratta, ovviamente, della stessa domanda)? Certo non si troveranno risposte utili nelle procedure di accreditamento. Qui, come altrove, le corde sono tese e strette da far male: e capita pure ad una regione come la nostra, che certo non può essere considerata "di coda" nel panorama psichiatrico nazionale, lascia alla fine spazi esigui alle ragioni culturali di fondo che dibattiamo da oltre 50 anni. Dobbiamo per forza accontentarci di accettare il suggerimento si debba trattare di "Struttura Residenziale per Acuti e sub acuti", Pace.

Dovrebbe invece essere del tutto chiaro che il crocevia a cui è posizionata la attuale Salute Mentale, non meno che la Psichiatria, è quello tra più vocazioni, ma poi, nell'area della residenzialità vera e propria (che è cosa diversa dall'abitare, da qualsiasi abitare per quanto supportato) si possono limitare a due: da un estremo la costruzione di un percorso di cambiamento che utilizza la convivenza per favorire la ripresa, lo sviluppo ed il consolidamento (mescolati senza possibilità di uno schema a priori), dall'altro le tante soluzioni intermedie di supporto sulla strada verso l'abitare. Nel secondo il risiedere è promozionale per l'abitare, nel primo la convivenza è insieme l'obiettivo e lo strumento: di fatto l'ambizione della cura.

Perché il convivere pieno di rispetto e il fare/insieme pieno di fiducia sono la linfa che sviluppa l'essere umano, qualsiasi essere umano, a maggior ragione quello a rischio di chiusure e narrazioni non condivise. Il contratto può essere scritto, meglio che sia scritto: è la prova che di un progetto che mette l'Essere nell'orizzonte del tempo e preserva/coltiva opzioni di senso. Un lavorare per diventare superflui ma spesso solo a patto di mantenersi disponibili. Il progetto deve puntare alle competenze rischiando di ridursi alla ricerca dell'adeguatezza? Una domanda lussuosa o retrò?

Eppure indispensabile perché senza questa chiarezza appare difficile riuscire a schivare le trappole culturali presenti in ogni tipo di impresa comunitaria (che già Basaglia a Gorizia individuava) e che oggi si declina, in primo luogo come costante "italica tendenza" ad appropriarsi di un lessico che per significare l'umano tende a identificarlo col "familiare" rischiando sempre una ricaduta nel familismo: che non può essere l'orizzonte a cui l'istituzione debba mirare. Oppure a volte si tratta solo di abitudini verbali e si vuole alludere in realtà solo, semplicemente, alla necessità di un'esperienza che si poggia sulla ricchezza emotiva e su barlumi di appartenenza. Passo immancabile in ogni processo che possa prevedere un sentirsi riconosciuti come esseri prima che come portatori di bisogni

Naturalmente oggi, rispetto agli anni 60, la opposizione tra istituzione e ambiente naturale appare trasformata: si può pensare ancora che esista veramente un ambiente naturale o esistono solo luoghi nella cui qualità ci si gioca la propria storia (identità), la possibilità di appartenenza fluida per quanto si risulti dotati/riconosciuti di potere?

Per tutto questo la coscienza che occorre molto di più della conoscenza professionalmente corretta, che occorre navigare in una conoscenza fluida che sappia dribblare le secche degli stereotipi, anche di quelli che si autoproclamano terapeutici^[1], e l'impossibilità del dire oltre i linguaggi della malattia. E invece la storia continua, può continuare, solo all'interno di altre storie.

Rimangono ovviamente tante aree che andrebbero esplorate: in primis per quali pazienti e per quale tipo di DSM. Ma sarebbe, in questa occasione, un cedere alla completezza irreflessiva e un cadere nella vanità della scuola ad ogni costo.

[1] Non c'è niente di meglio che pensare e dire "Io lo conosco bene, lo conosco da 20 anni" se si vuole inardire sul nascere un pensiero ed una riflessione di conoscenza trasformativa. Molto meglio chiedersi: cosa ho bisogno di sapere che non so, di fare che non ho ancora fatto?