

Nome file	data	Contesto	Relatori	Liv. revisione
990206TU1.pdf	06/02/1999	SPP/TU	AA VV	Trascrizione

STUDIUM *SCUOLA PRATICA DI PSICOPATOLOGIA* 1999
CONVEGNO
IL TUTOR DELLA SALUTE COME AVVOCATO TUTELARE DELLA
SALUTE

6 FEBBRAIO 1999

TESTO INTEGRALE

SALUTO DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LOMBARDIA

GIACOMO B. CONTRI

Ho il duplice onore di dare inizio a questo pur breve Convegno e di ringraziare e salutare il Presidente della Regione Lombardia, il Dott. Roberto Formigoni, che molto graziosamente è qui e lo è all'inizio dei lavori stessi e la sua disponibilità si spinge a poter rimanere un certo tempo, almeno per l'inizio di questo momento.

Avrò pochissime parole per introdurre il Convegno in quanto tale, che è un Convegno di presentazione, esterno al pubblico — il pubblico non è mai privato per definizione — e si tratta del Convegno di presentazione di una nuova idea, una nuova pratica, una nuova professione, per dirla tutta, che abbiamo intitolato il Tutor, ma non semplicemente perché il Tutor è una figura preesistente, ma il Tutor della salute, anche definito come avvocato della salute.

So che il Presidente ha potuto almeno un po' prestare una prima attenzione a questa idea. Lo prego dunque, fin d'ora, prima dell'inizio dei lavori, di volerci dire una parola, quella che ufficialmente si chiama un «saluto»: la sua parola personale in questo suo essere intervenuto a questo Convegno. Ringraziandolo anticipatamente come certamente faremo dopo.

DOTT. ROBERTO FORMIGONI

Sono io che ringrazio l'amico Prof. Contri per queste parole e volentieri porto un saluto e un augurio a tutti voi e anche il ringraziamento per aver organizzato questo Convegno e soprattutto per l'iniziativa che presentate che trovo di grande interesse.

È anche per questo che la nostra regione, la Lombardia, ha patrocinato questo appuntamento e intende seguire con attenzione le proposte e gli esiti del vostro lavoro di oggi.

Una proposta seria, quella che voi avanzate, la cui serietà — che è sempre indice di qualcosa di interessante che viene portato avanti — si manifesta credo già nella genesi stessa dell'iniziativa: credo di essere nel giusto se dico che questa iniziativa è nata come punto di sintesi di un lavoro che è durato tre anni e quindi si tratta del risultato di un paziente, direi meticoloso, approfondimento da parte di esperti, di professionisti del settore, che oggi presentano al pubblico, cioè portano alla riflessione comune, un progetto che mi sembra di grande interesse e di grande importanza. Su questo tornerò anche dopo.

Vorrei però ancora nell'introduzione sottolineare la bontà del metodo che ha dettato i passi all'attività dello *Studium Cartello* e allo sviluppo dell'iniziativa. Ho già parlato di un lavoro di tre anni, che è stato generato dal desiderio di rispondere ad una reale esigenza che veniva posta anche da un quadro assistenziale, sociale, sanitario mutato; tutto questo all'interno di una normativa e di relazioni istituzionali pure esse mutate.

Vorrei porre in luce il tipo di processo che lo *Studium Cartello* ha saputo coagulare intorno a sé, cioè la mobilitazione di medici, psicologi, assistenti sociali, terapisti, infermieri, educatori, di fronte alle sollecitazioni poste dalla realtà. Questo metodo, credo, rappresenta la vera dinamica di risposta al bisogno. Ed è su questo punto che si verifica — lo sottolineo con piacere — la massima convergenza con il metodo che la Regione Lombardia, con la Giunta che ho l'onore di presiedere, ha scelto di realizzare.

Abbiamo scelto, infatti, di difendere, sempre, in tutti i campi e a tutti i livelli, questa capacità delle persone, dei professionisti, di coloro che sono impegnati in diversi campi, di mettersi assieme per generare proposte, per creare qualcosa di nuovo. Se il famoso principio di sussidiarietà ha un qualche significato, e credo che lo abbia, proprio in questo realizza la sua sostanza, cioè nella capacità delle istituzioni di prestare attenzione, di lasciarsi mettere in discussione, di lasciarsi permeare, e quindi di dare una mano, nel senso più vero del termine, a coloro che si muovono in questa direzione.

L'aggregarsi libero di persone, di operatori della società civile, etc., che da loro stessi, innanzitutto, tentano la strada della responsabilità e della assunzione di una risposta ai bisogni della società. Questa è l'unica via che ricolloca al proprio posto sia il ruolo dello Stato, e delle istituzioni pubbliche in genere, sia il ruolo della persona. Non dobbiamo e non possiamo credo mai abituarci a uno Stato che si impossessi, come si è ormai impossessato, di una sfera che invece di diritto appartiene al cittadino: non possiamo rassegnarci ad uno Stato che continua ad essere accentratore e che toglie la possibilità di una risposta libera da parte delle persone: tende a negare o a ridurre la capacità di iniziativa di cui invece è pienamente titolare ogni individuo.

Peraltro, molto praticamente non è molto difficile immaginare come chi in prima persona sia in contatto con tali bisogni, sia anche il primo e il più adeguato soggetto atto a indicare la via di una soluzione propria di tali bisogni.

Ed è in quest'ottica che mi sembra di assoluto interesse quello che lo *Studium Cartello* ha realizzato in questi anni. La *Scuola Tutor* ha immaginato e dato vita a una figura professionale che è di sicuro interesse per il sostegno di situazioni, comuni a molti soggetti a rischio, sulla cui gestione ha sicuramente pesato anche la chiusura degli ospedali psichiatrici. In questo quadro, mi sembra pertanto fondamentale il ruolo del Tutor, così come è stato concepito, all'interno di un processo di sostegno innanzitutto alla famiglia. Si tratta infatti di portare un aiuto, un ordine, un indirizzo proprio a coloro che in prima persona hanno in carico individui affetti da patologie o handicap fisici, mentali e di apprendimento. Il ruolo del Tutor pertanto è particolarmente interessante e viene a colmare un vuoto, sia sul fronte assistenziale, sia sul fronte delle strutture.

Dunque, un'ipotesi che ascolterò con attenzione, che la Giunta Regionale valuterà in tutto il suo pregio, anche per una collocazione, da studiare insieme, all'interno del nostro sistema sanitario, pubblico e privato, per favorire un'integrazione di supporto e di servizi a favore del malato, del paziente e della struttura, familiare o assistenziale che sia.

So che in questa direzione avete già avviato contatti con le direzioni generali dell'Assessorato alla Sanità e dell'Assessorato agli interventi sociali della nostra regione, per operare insieme le necessarie valutazioni, per l'inserimento di questa figura all'interno del nostro sistema socio-sanitario. A questo livello anche i rapporti che avete avviato con il nostro IREF, Istituto Regionale di Formazione, credo potranno rivelarsi proficui e mi auguro che ci sia una crescita di collaborazione anche in questa direzione per gestire la fase di transizione e di definizione dello *status* e del profilo del Tutor.

È dunque sulla base di queste considerazioni e di queste valutazioni che di nuovo rinnovo ed assicuro la disponibilità della Regione a sviluppare e ad approfondire il dialogo e il confronto e Vi ringrazio per questa decisione di portare all'attenzione di tutti noi questo vostro lavoro e questa vostra proposta.

Grazie e buon lavoro.

GIACOMO B. CONTRI

Avevo fatto l'ipotesi che avrei avuto motivo per ringraziare il Presidente: la considero un'ipotesi verificata, empiricamente verificata.

Ho annotato il suo intervento sotto tre capi.

- *Invenzione*: egli stesso ha notato che qui c'è stata invenzione, quella che fra un istante sarà illustrata.
- *Pubblico*: è una proposta nel pubblico, ma naturalmente c'è una o anche un'altra concezione del pubblico, ed è interessante che questo dibattito esista.
- *Principio di sussidiarietà*: informo che potete trovare qui fuori un piccolo libro, intitolato *Libertà di psicologia*, entro cui si svolge come spirito e lettera questo stesso convegno e invenzione, in cui si dà persino una singolare formulazione del principio di sussidiarietà; in essa si propone un nuovo principio costituzionale che ancora non è scritto in nessuna Costituzione. E vorrei, anzi sono certo che il Dott. Formigoni ascolterà con interesse e curiosità questa proposta. Forse non si realizzerà mai nella Costituzione Italiana o degli Stati Uniti d'America o dell'Europa. Il principio è che il tutto ciò che si chiama «psicologia», teoreticamente, praticamente, sotto ogni faccia possibile di questa parola, sia esclusivamente in capo al singolo e a nessuna altra istanza sopraindividuale, sia essa politica, sia essa scientifica. Ecco un modo per fare eco al richiamo al principio di sussidiarietà.

Altro non ho da dire. Dobbiamo ricordare che tutto questo incontro dovrà svolgersi nella concisione: è un Convegno di una mattina e il tempo è limitato. La concisione potrebbe però favorire la chiarezza della proposta.

Vi cito solo che il nostro ringraziamento per questo Convegno va ai due Assessorati della Regione che hanno patrocinato il Convegno stesso: l'Assessorato Settore Famiglie e Politiche Sociali e la Direzione Generale ... di Formazione Professionale Lavoro e Sport, e anche al Comune di Milano, Settore Servizi Sociali. Ed ora l'ingresso immediato ai lavori di illustrazione, di proposizione, di proposta.

Due i momenti della mattina: il primo momento di vera e propria illustrazione, un secondo momento di dibattito e discussione con le personalità amiche che sono intervenute.

In questo primo momento avremo una sicuramente concisa, breve, chiara esposizione da parte della Dottoressa Contri e poi amici e colleghi che nominerò successivamente che interverranno illustrando alcuni esempi, in una forma espositiva alquanto stilizzata, per illustrare al meglio gli inizi di questa nuova professione.

La parola a Maria Delia Contri. Il Presidente so che può restare ancora un momento e ritengo, stante la durata della sua comunicazione, che sarà il tempo conveniente anche alla possibile presenza del Presidente Dott. Formigoni.

PRESENTAZIONE DELLA NUOVA PROFESSIONE

MARIA DELIA CONTRI

La mia presentazione di questa nuova professione fa poi tutt'uno con le brevi testimonianze su esempi di casi effettivamente trattati e parzialmente avviati a soluzione. Quindi, la mia presentazione si limita all'intelaiatura, alla struttura, alla forma di ciò che fa il Tutor.

Potrà apparire strano che degli psicoanalisti inventino una professione avvocatizia: il nome, infatti, è *Tutor della salute o l'Avvocato tutelare della salute*. Una professione avvocatizia per lo più senza ordine ma ricordiamoci che fino a non molto tempo fa l'avvocato non aveva un Ordine: la sua era una libera professione nel senso antico della parola.

Poi, questo avvocato della salute, questo Tutor, che cosa difende, che cosa tutela, contro che cosa e da che cosa?

Diciamo subito — e anticipo così sinteticamente il resto della mia presentazione — che il Tutor è un avvocato e l'avvocato per definizione è un professionista che opera in servizio di un individuo. È un avvocato della salute, cioè della normalità di un individuo, contro la rinuncia alla padronanza della propria vita, nel perseguimento di propri individuali fini.

Ciascuno di noi, io credo, si è prima o poi trovato a prendere atto che un qualche proprio desiderio si scontrava con l'impossibilità di soddisfarlo, o in certi casi, più semplicemente, con l'insuccesso delle azioni che aveva intrapreso per soddisfarlo. E in molti altri casi ancora, con una qualche forma di incapacità. E ciascuno di noi sa di essersi sentito tentato, indotto a rinunciare.

Uno psicoanalista si trova molto spesso di fronte al fenomeno di persone che non riescono a elaborare il lutto di quella impossibilità, di quell'insuccesso, di quella incapacità rimediabilissima, sprofondando nella malinconia, nella rinuncia generalizzata o sempre più generalizzata, all'iniziativa, nel cercare e nel perseguire i propri fini.

Una rinuncia peraltro non pacifica, non tranquilla, ma piena di odio e di angoscia e di senso di fallimento.

Tra parentesi: perché non ci decidiamo ad abbandonare questo stupido e osceno termine di «depressione» che parla dell'uomo come se fosse una pentola?

Questo odio ha una sua razionalità, benché fissata, ed è memoria di una violenza subita. La violenza non è solo quella grossolana, brutale, bestiale, muscolare, esercitata da criminali comuni. C'è una violenza che è insinuazione a voce bassa, sollecita, suasiva, persino amorosa. Insinuazione alla rinuncia.

È la violenza dello sguardo osservativo, sospettoso, che spia ogni indizio di insuccesso, di incapacità, di eventuali impossibilità, proprie e altrui, come prova di un destino di fallimento. E come buona ragione per disinvestire ogni iniziativa: nello studio, nel lavoro, nei rapporti sociali, nella cura del corpo.

Non ci si aspetta più nulla dall'iniziativa individuale, dapprima propria e poi altrui. Ci saranno solo più comandi, rimproveri o assistenza "amorosa".

Il rischio è che a questo sguardo melanconico che viene a cadere tanto dannosamente su una persona, e il danno può esserci anche nel caso di un adulto, ma è evidente che nel caso di un bambino o di un giovane, ancora ingenui, questo sguardo melanconico è rovinoso. Il rischio è che a questo sguardo melanconico si venga ad aggiungere l'effetto di errori di diagnosi, da parte di un qualche esperto a cui, da parte di genitori per esempio, ci si rivolga una volta concepito un sospetto sulle capacità e sulla normalità del figlio.

La tipologia di questi errori può essere schematizzata così.

1° errore

Emissione di una diagnosi di ritardo o di debilità mentale o di psicopatologia, dove invece c'è stato solo disinvestimento di qualsiasi iniziativa con il conseguente accumulo di ritardi nell'apprendimento e nell'esperienza, senza neppure tener conto che questo disinvestimento di qualsiasi iniziativa, nei rapporti sociali, nel lavoro, nello studio, è razionale, una volta che un individuo non si trovi più di fronte né un ascolto delle proprie richieste, né richieste rivolte a sé, né giudizi sul proprio operare, ma solo più comandi, rimproveri, o assistenza.

2° errore

Diagnosi di psicopatologia nel caso — e questo forse è un errore ancora più grave, con più conseguenze del primo — diagnosi di psicopatologia nel caso di comportamenti che un individuo mette in atto per difendersi — dunque ancora una volta razionali — per difendersi dallo stato di abbandono e di disinvestimento in cui è caduto. O peggio ancora, nel caso in cui i comportamenti siano razionali e consapevolmente finalizzati al raggiungimento di un fine.

3° errore

Non corretta diagnosi differenziale fra impossibilità, dovute a difetti dell'organismo, difetti effettivamente riscontrati e riscontrabili, e incapacità, dovute invece a rinuncia con la conseguenza di travolgere in quella vera, effettiva, riscontrabile impossibilità a sfondo organico, ogni altra iniziativa che sarebbe ancora possibile.

Risultato di questi errori, commessi da esperti, è il rinforzo della propensione melanconica, a fare di ogni impossibilità, di ogni incapacità, di ogni insuccesso, la ragione di una rinuncia alla padronanza della propria vita in vista dei propri fini.

Sul nome *Scuola Tutor*, lo *Studium Cartello* non mette nessun copyright: saremmo ben contenti se qualcuno ci volesse copiare. Certo, la figura del Tutor non l'abbiamo inventata noi: nella scuola, da Oxford in poi, nell'apparato giudiziario; attualmente, anche nelle istituzioni sanitarie o assistenziali si sente il bisogno di figure intermedie fra il singolo e l'istituzione, per — come si suol dire — individualizzare l'intervento dell'istituzione stessa.

Il *Tutor della salute* o *avvocato della salute* non è una figura istituzionale: egli lavora al servizio dell'individuo, avendo posto un contratto con l'individuo stesso o chi esercita la patria potestà in caso di minori o nel caso che si tratti di un soggetto che ha perso la facoltà intellettuale e giuridica di badare a se stesso.

La *Scuola Tutor* dello *Studium Cartello* non è una componente in più che venga ad aggiungersi alle componenti già esistenti, e che sono *Il Lavoro Psicoanalitico*, *Il Lavoro Enciclopedico*, la *Scuola Pratica di Psicologia*. La *Scuola Tutor* è la *Scuola Pratica di Psicologia* dello *Studium Cartello*. Ma potremmo anche dire che la *Scuola Tutor* è l'altra faccia de *Il Lavoro Psicoanalitico*, o in altre parole il Tutor è l'altra faccia dello psicoanalista, nel suo farsi il paladino, l'avvocato, il difensore della salute o normalità di un individuo.

A qualcuno dei presenti che si dichiarasse interessato alla *Scuola Tutor* dello *Studium Cartello* diremmo «Si iscriva alla *Scuola Pratica di Psicologia*» anche se è vero che faremo, vuoi nel contesto di corsi organizzati dalla Regione Lombardia, vuoi per nostra propria iniziativa, dei brevi corsi introduttivi.

Se lo psicoanalista si cura della psicopatologia di un individuo, che ormai ha fatto propria e ormai sostiene in proprio l'idea di sé come fallito, fallimentare, il *Tutor della salute*, che è l'altra faccia del lavoro dello psicoanalista, si fa invece mediatore tra le corrette finalistiche intenzioni di un individuo, pur sempre presenti per lo meno in qualche misura, e il contesto sociale in cui quell'individuo di cui ha preso le difese vive. Lo assiste nel recupero dei ritardi prodotti dalla rinuncia alla propria iniziativa oppure usa tutte le risorse disponibili — della famiglia stessa, presenti sul territorio — per trasformare la realtà con cui un individuo ha a che fare perché egli possa tornare o incominciare a concepirla disponibile alle sue iniziative nel caso di effettive impossibilità.

Il Tutor in altri termini, opera avendo di mira il ristabilimento di un contesto di normalità in cui possa riprendere l'iniziativa di quell'individuo di cui si occupa, di cui si cura.

Ma per far questo egli deve presentarsi come una figura professionale autonoma, fuori dal coro che ha fissato un individuo al suo fallimento e alla sua rinuncia.

Per questo la forma giuridica in cui il Tutor opera è quella del contratto professionale che per definizione è a termine e in cui gli viene data da parte di chi lo assume la delega ad occuparsi di uno o più aspetti della vita di una persona.

Purché sia chiaro in questo contratto, fin dall'inizio, che il Tutor agirà in servizio del soggetto in difficoltà, quanto alla sua normalità e alla sua salute, non in servizio del contesto rispetto al quale questo individuo può essere di peso o di fastidio, anche se è vero che l'esperienza mostra che anche il contesto in cui questo individuo vive ne risentirà beneficamente.

La formazione di un tale professionista è certo complessa. Centrale è quello che avviene nella *Scuola Pratica di Psicologia*, in particolare per quanto riguarda la diagnosi differenziale tra patologia organica, psicopatologia, normalità. Ma con aspetti e momenti specifici della formazione del Tutor che riguardano poi una competenza attorno all'offerta di diagnosi, cura e assistenza presenti sul territorio, intorno al quadro normativo del servizio sanitario e dei servizi sociali, intorno alle provvidenze economiche di vario tipo e

facilitazioni nell'accesso al lavoro, intorno agli aspetti giuridici che riguardano i soggetti incapaci a badare a se stessi; una competenza, infine, intorno agli aspetti giuridici di un operare professionale come quello del Tutor.

La collezione di casi che ora verrà esposta da parte di alcuni membri della *Scuola Tutor* non è propriamente un'esposizione di casi. La vera e propria esposizione di essi, comprendente tempi che il trattamento di questi casi ha richiesto — in certi casi si tratta di anni e non vorremmo darvi l'impressione che facciamo miracoli — delle resistenze che si sono incontrate, degli errori che si sono fatti, della tecnica via via messa a punto, della messa a fuoco delle competenze che la professione di Tutor, in quanto altra faccia della professione di psicoanalista comporta, apparirà in un quaderno che verrà pubblicato prossimamente, con l'aggiunta di altri casi cui per ragioni di tempo non si potrà neppure far cenno.

Quello che importa nei brevi cenni che verranno fatti in alcuni casi è che ne emerga la forma effettiva dell'operare del Tutor.

GIACOMO B. CONTRI

L'agenda del Dott. Formigoni ora è ulteriormente esigente e io lo ringrazierei ancora una volta.

Segnalo solo la modestia personale dei Dottori Maria Antonietta Aliverti, Antonello Bolis, Raffaella Colombo e Mara Monetti. Voglio solo segnalarne la modestia perché non faranno delle relazioni, o delle comunicazioni di casi.

Occorre modestia per parlare in questo modo, così breve e conciso, stilizzato. È bene saperlo in anticipo, ringraziandoli.

RAFFAELLA COLOMBO

Manca il testo

MARA MONETTI

Manca il testo

MARIA ANTONIETTA ALIVERTI

Manca il testo

ANTONELLO BOLIS

Manca il testo

GIACOMO B. CONTRI

Bellissimo questo finale di Bolis. C'è dunque motivo di ringraziarli per la modestia con cui hanno accettato di intervenire con concisione ed efficacia.

GIACOMO B. CONTRI

In fondo è vero che la brevità e la concisione sono anche possibili. Il Dr. Glauco Genga ci ricorda che sul tavolo all'ingresso sono presenti dei moduli compilabili da coloro che sono interessati a ricevere informazioni e aggiornamenti su ciò di cui si parla oggi.

Questo secondo momento, di conversazione, di discussione, attorno agli spunti e più che spunti che sono stati offerti in un primo momento, a questo tavolo, a parte il Dr. Pietro R. Cavalleri e il sottoscritto, che diranno una parola provvisoriamente per concludere, sono con noi la Dr. Cristina Musetti, il Prof. Carlo Giove, il Dr. Lorenzo Petrovich, il Dott. Giuseppe Tomai; in particolare, la Dr. Cristina Musetti rappresenta la Prof. Adriana Guareschi Cazzullo che ci ha dato tutta la sua disponibilità e presenza eccetto una defezione per motivi familiari proprio questa mattina.

La Dr. Cristina Musetti, oltre a parlare per se stessa, è qui anche in rappresentanza della Prof. Adriana Guareschi Cazzullo.

È bene che aggiunga l'informazione che l'idea di un'iniziativa pubblica vertente sulla professione del Tutor, una prima idea in collaborazione con la Regione Lombardia, già quasi alla soglia della realizzazione, è iniziata con una bella collaborazione appunto con il Dr. Petrovich e il Dott. Tomai, fino all'anno scorso.

Alcune ragioni ragionevoli hanno rallentato a oggi questo rapporto di collaborazione, ma tenevo a informarvi che è con loro che è iniziato questa collaborazione.

Mi pare di dover iniziare a dare la parola alla Dr. Cristina Musetti.

CRISTINA MUSETTI

Una parola di presentazione riguardo alla mia attività. Sono neuropsichiatra infantile dell'Università di Milano, e appunto come il Prof. Contri accennava, sono qui in veste mia ma portando anche sia l'interesse che la partecipazione della Prof. Guareschi per questo Convegno.

Le mie poche note sono note che riguardano soprattutto gli interessi dell'istituto in cui lavoro, per la cura soprattutto dei bambini e per tutti quegli interventi, quelle proposte, quei fatti che possono innalzare e potenziare le loro possibilità di guarigione.

La psichiatria infantile italiana è nata innanzitutto sul versante della cura e non sul versante della diagnosi. È nata come cura, come terapia e indubbiamente sulla base di una suddivisione che tanti anni fa si era fatta fra bambini recuperabili, cioè bambini curabili, in potenzialità di normalità, e bambini irrecuperabili, i cosiddetti «dementi precoci».

L'impronta della psichiatria italiana è sempre stata per molti anni soprattutto sulla cura: cura relazionale e cura nel rapporto.

Il concetto di normalizzazione, di guarigione, di salute, cioè di sostituzione di un modo patologico con un modo sano di operare e di pensare è andato progressivamente, negli anni della ricerca scientifica, oscurandosi e acquistando sempre più il versante e il concetto dell'adattamento, cioè della terapia come adattamento del soggetto comunque a quello che era il suo danno originario. Quindi la terapia e la cura si è per un tempo, anche lungo, orientata sul lavoro di adattamento del terapeuta, dell'operatore, del riabilitatore, alla mente del bambino malato e abbastanza oscuramente o apertamente sulla negazione della possibilità che il soggetto psicopatologico dovesse o potesse arrivare a rispondere alla richiesta dell'altro in un modo sano.

Il concetto di «utilizzo» è stato usato nelle terapie come utilizzare la mente dell'altro, dipendere dalla mente dell'altro. Il concetto è stato poco usato o sempre più sfumato a favore di altri due punti, altre due proposte: da una parte c'è stata l'esaltazione dello spazio privato del soggetto patologico, e l'*object relating*, il relazionarsi all'oggetto, ossia il favorire la regressione a scopo terapeutico e dall'altra c'è stata l'esaltazione dell'individualità, con le ricerche neurocognitive, della psicologia cognitiva, e ultimamente sui versanti della psicologia riabilitativa sulla base informazionale.

Da un versante di individualità sostenuta, soggettività iniziale del bambino, quindi mondo già indipendente alla nascita, dal soggetto, mondo che essendo indipendente dal soggetto e il soggetto completamente individualizzato alla nascita, è portatore questo concetto di un potenziale e massima distruttività.

Quindi vi è stata più o meno un'asserzione congiunta: una è la soggettività innata, che comunque precede ogni consapevolezza, ogni percezione, ogni conoscenza. L'altro punto è una referenza all'entità psichica bambino dove il pensiero della condivisione, quindi della rappresentazione a due, è molto imperante.

La nostra insistenza sul concetto di cura è un'insistenza che va fondamentalmente a insistere sul concetto di guarigione, ossia di normalizzazione, di normalità, di salute. Esclude quello di reintegrazione, di riorganizzazione di ciò che è perso; esclude anche il concetto di riparazione di quello che è rotto, che si è perduto o si è frammentato.

La considerazione che se qualcuno è poco adatto a causa della sua psiche a una terapia impostata su questi concetti è proprio il soggetto bambino, il meno adatto alla proposta reintegrativa.

Noi pensiamo che la patologia psichiatrica di ogni età sia una manifestazione particolare, reale e concreta, che si dà come espressione più diretta dell'angoscia nell'incontro tra cause immediate e cause occultate di questa.

Allora, come dicevamo, ci sono dei rischi nella cura. Rischi a cui noi cerchiamo — con il concetto di «cura della cura» — oltre che di individuare, di superare: un allontanamento progressivo dal concetto di guarigione, un contrasto con questa doppia polarità che dà alla terapia o riabilitazione e alla guarigione una esistenza e una dinamica separate. Una precisazione e individuazione chiara della differenza e dei rapporti che ci sono tra gli altri e terapia volta alla normalizzazione.

La diagnosi appartiene al versante psichiatrico della cura.

La terapia è appartenente al versante umano e dell'umana razionalità.

Se si isolano i sintomi, si stabiliscono le scale che cifrano l'inquantificabile del soggetto, se questa è una buona azione per la ricerca, anche lodevole, dobbiamo sempre considerare che la guarigione è ciò che è individuale, implica personalmente, non appartiene nemmeno al mondo dei significati, al mondo dell'autoguardarsi, al mondo dell'autorappresentarsi. Non appartiene nemmeno a quella che sempre più fortemente viene definita come equipaggiamento emozionale positivo del soggetto.

Abbiamo una posizione apicale, sopra questi dati, che si basa sui rapporti psichici, dove non le rappresentazioni sono cruciali, ma quanto il soggetto sia rappresentante delle sue rappresentazioni.

Quindi, il problema della cura, della cura della cura, cura della salute, non può essere posto che a partire da una posizione e da un concetto corretto di salute e di normalità. Ogni cura non può astrarsi da questo concetto di normalità o di guarigione e ogni guarigione non può astrarsi da un concetto corretto di cura.

Dalla parte dell'età evolutiva che io rappresento, il fatto psichiatrico, la psicopatologia si impone come fatto con tutto il rilievo della realtà, realtà di questa patologia, anche nel bambino, oltre qualsiasi schema interpretativo.

La cura della cura, prendersi cura della cura, è una tecnica: è come una comprensione/apprensione di quello che si libera attraverso una situazione patologica, e il soggetto e nel suo ambiente.

La necessità di curare una cura deve essere presa nella sua immediata evidenza, nella sua concretezza, concretezza che iscrive la cura in una obbligazione sociale, medica e giuridica, una realtà di fatti che attraverso la clinica ci interroga, attraverso la coerenza patologica della malattia, la sua durata, e anche l'evoluzione peggiorativa.

La storia della neuropsichiatria infantile può essere anche eloquente riguardo ad alcuni punti.

1° punto

Riconoscere la malattia, perché la malattia non fa mai errori e bisogna cadere malati per accedere a questa verità. Può passare inavvertita la malattia o la vera malattia; ci sono delle ragioni evidenti che si nascondono a volte nell'aberrazione psichica.

Si apre qui un campo molto vasto, ma nello stesso tempo anche preciso, e un luogo esatto di questioni fondamentali. Si tratta di molto di più che considerazioni sulla relazione stabilita attraverso una prescrizione. Si tratta di fare un lavoro attivo, lavoro tra il contrastare la malattia e il favorire l'inizio della salute. Spazio che è anche un tempo dello svolgersi tra la semplicità misera della destrutturazione, della inibizione e la riacquisizione di una complessità di leggi della vita psichica.

2° punto

Il concetto di avvocato della salute non è una seduzione, non è un punto che va a favore di una organizzazione cognitiva o affettiva più elaborata, di una integrazione o di una stabilità. Non è un'aspirazione all'equilibrio e purtroppo l'aspirazione all'equilibrio fa parte purtroppo di molti concetti di cura odierni e non si accorda nemmeno con l'altro termine del vocabolario attuale, il termine «interazione», che viene usato principalmente per mettere in evidenza l'importanza e l'interesse e la conoscenza delle relazioni precoci madre-bambino.

Essa appare un'operazione seduttiva, anche se dominante attualmente. Se oggi chiediamo a un medico dell'infanzia che è depositario di un sapere, di un apparato di tecniche, che cosa significa «curare» la risposta è per lo più «aiutare il bambino nello sviluppo», cioè aiutarlo a crescere. Noi vediamo in questa visione un punto, dubbio e falsificante, che verte sull'interazione, sull'assistere alla nascita di un mondo complesso di significati che possa scaturire da questa integrazione psichica e vediamo meno l'azione, il lavoro, per ottenere risultati a partire dagli scopi che ci si propone.

3° punto

È un negativo: dissociarsi dal concetto di riparazione di un danno. La cura della salute è guarigione ed è il contrario della riparazione. È istituire misure per salvaguardare la persona coinvolta quando il suo modo di vita è patologico, un modo di confrontarsi con il problema del soggetto, che va anche al di là dei suoi contenuti mentali e pone la questione in modo assolutamente opposto a quello che si intende come soggettività o anche come comunicazione.

Significa badare a qualcosa che è vitalmente importante e che non è cristallizzabile in un sistema di significati soggettivi, siano essi anche questi significati soggettivi, sostenuti dalla teoria.

Il Tutor non è uno strumento terapeutico per delucidare dei processi, non è nemmeno un ambiente di ogni cura, di esperienze di condivise o di contenimento: è un sostenitore della guarigione, quindi il suo lavoro è di mettere in tensione continuamente il soggetto patologico sulla effettività, il suo modo di vita patologico, prima curante e dopo che pone il trattamento che possa entrare in una nuova fase della sua vita, cioè badare a quello che è importante per la sua vita, non fosse che badare che prenda i farmaci.

La realtà psichica del soggetto patologico è costringente e coattiva prima di tutto su di lui. Il Tutor porta avanti con sé una forma di razionalità umana, che comprende il mantenere un rapporto facilitante per il particolare soggetto, quindi può essere tante cose, dalla nurse al poliziotto all'assistente del soggetto. Deve essere in grado di acutezza per individuare il danno che le condotte del soggetto, le condotte della famiglia, e le condotte che si realizzano nei rapporti del soggetto con il mondo mantengano per assicurare e vedere quanto mantengano il danno. Cioè in sintesi deve valutare quello che per quel soggetto è economico. E questa nozione è la nozione stessa di cura, togliendo dalle varie falsificazioni il concetto di vantaggio per il soggetto. Quindi amministra, non cura, una condizione patologica. Lavora perché vengano poste le premesse per cui l'iniziativa del soggetto cominci ad essere chiara ed aperta sia per lui che per gli altri. Sostiene quando avviene il desiderio di guarire e contrasta tutto ciò che si oppone a questo. Quindi è un difensore del modo con cui il soggetto comincia a comparire nel mondo dei rapporti e a svolgere la sua attività nell'universo.

GIACOMO B. CONTRI

Ringrazio la Dr. Cristina Musetti.

Nella scioltezza, libertà di movimento di questo momento chiedo se il Prof. Carlo Giove rinnova il suo auspicio di ritardare a dopo il suo intervento o prende la parola.

Lascio la parola al Dr. Lorenzo Petrovich.

LORENZO PETROVICH

Non so che veste prendere oggi: prenderò la veste che ha suggerito il Dr. Contri, quella del conversatore. È una conversazione e non voglio dimostrare nulla. Vorrei porre dei problemi che mi sono

stati evocati, non solo dalla lunga conoscenza con il Dr. Contri, ma anche l'aver affrontato l'avvocato della salute dal punto di vista professionale, perché dalle storie che abbiamo sentito, ci sono dei committenti, dei contratti, e qualcuno che paga. Quindi, essenzialmente, dopo un primo momento che cercherò di rendere nobile, per il resto cercherò di vedere come questo avvocato della salute, io che mi sento rappresentante delle istituzioni, possa collaborare con l'istituzione, non in un regime di *outsourcing*, che è un tentativo di apportare dei meccanismi privati all'interno dell'azienda pubblica per velocizzare alcuni sistemi.

Penso che essere una figura professionale nel campo dello statuto della libera professione e di un contratto che si stabilisca non deve essere un'operazione di convenzione, perché di convenzione è pieno il mondo. Penso che rivendicato il contratto significa che il contraente ha accettato la posizione del professionista, quindi c'è una negoziazione e un convincimento. Penso che non fosse un convincimento semplicemente perché gli altri non sapevano che cosa dire. Evidentemente esiste anche una dialettica della parola, una dialettica che la vicinanza con il soggetto sofferente e con il suo desiderio può essere molto più efficace della comunicazione che non la banale rappresentanza del bisogno.

C'è un primo punto che io vorrei definire: la differenza tra bisogno e desiderio. Qui siamo nel campo dell'individuo e quindi del desiderio, che è stato in qualche modo stortato nella catena significativa.

Il Dr. Contri ha sempre ricordato che bisogna essere molto bravi per fare gli psicotici e che la sola preoccupazione che questa figura nasca anche da un lavoro di psicopatologia e dal lavoro psicoanalitico, in qualche modo siamo assicurati che grandi danni non li facciamo: facciamo del bene. Ma grandi danni non li facciamo.

Ci sono tre parole molto importanti che in questo periodo corrono sulle bocche di chi si occupa dell'organizzazione sanitaria, come il sottoscritto. «Patto»: questo è il momento del patto. Il piano sanitario nazionale è un patto, un patto che prende corpo da una dimensione che è questa: la salute non è riconducibile solo all'organizzazione sanitaria, infatti le ricette dell'OMS dimostrano come la buona salute dipende solo per il 20% dall'organizzazione sanitaria, e in particolare per la psichiatria e per il campo della sofferenza mentale, è dimostrato che una dimensione come la povertà piuttosto che l'assenza dei diritti civili, ha una funzione prognostica e quindi di guarigione estremamente più alta che non uno psicofarmaco.

Evidentemente, se l'organizzazione sanitaria non si può solo arroccare nella sua risposta, ma deve tenere conto di un discorso complesso, «patto» è richiamare agenti, azioni di tutti, nel sociale, nelle più varie forme a partecipare a un progetto di salute.

Naturalmente «patto» nasconde anche un certo bisogno oggi di ridurre la spesa sanitaria e quindi di chiamare sul tavolo della partecipazione alla salute più soggetti, per regolarne assieme gli interessi.

L'altro discorso è il contratto. Il contratto è un termine d'uso soprattutto nel discorso privato e nel rapporto privato-pubblico. Il contratto è una definizione di uno scopo, di una fine da raggiungere, degli strumenti da risolvere, di una possibile valutazione del risultato, di una quantificazione economica di questo processo.

Il contratto sta in una serie di diritto che significa la non sufficienza da parte di una struttura organizzata di rispondere in autoidentificazione di garanzia totale, della risposta al bisogno e al desiderio di salute.

Poi c'è un altro aspetto che è quello che voi tutti conoscete, che è la presa in carico: è stata una parola magica; è la declinazione che qualche volta ha avuto dei momenti di difficoltà, perché la presa in carico ha avuto più significati dal lato della sua visione democratica, vale a dire non nello statuto dell'individuo, ma nello statuto della democrazia, di assicurare una struttura e un'organizzazione in grado da sé di rispondere a tutti quanti i bisogni.

Per la psichiatria la presa in carico è stata lavorare sull'ampio campo della cura e della diagnosi, della prevenzione nella comunità sociale, nell'integrazione sociale, in una dimensione strutturata, per cui ogni passo della malattia trovava una casetta dove stare: la crisi nell'SPPC, la situazione di prosecuzione nel CPS, nel CIN, se c'è bisogno di una semiresidenzialità il Centro Diurno, la Comunità protetta, il CRT, ed è questa una valutazione che anche recentemente è stata considerata come valida. Tre giorni fa lo Stato d'Israele ha definito il grado di assistenza al malato mentale secondo quattro gradienti di dipendenza: per la massima dipendenza c'è il riconoscimento di un certo tipo di risorse, una media dipendenza e una piccola dipendenza, un'autonomia temporanea.

Sotto tutti questi patti, prese in carico, contratti, esistono delle situazioni molto pratiche: quando lavoravo all'Ospedale Psichiatrico di Mondello, c'era una persona che al mattino mi veniva a chiedere cento lire e mi chiedeva quando doveva essere dimesso. Gli davo le cento lire — all'inizio; poi dopo ho imparato che forse qualche volta bisognava anche deprivarlo — ma non potevo rispondere all'altra domanda; e c'è sempre qualcun altro che risponde a questa domanda impossibile: il Direttore generale, il Presidente della Repubblica, Dio, a seconda delle varie declinazioni deliranti.

Con questo non avevo un contratto. Il contratto è: io ho questo, ti do questo.

C'è il problema poi con chi si fa il contratto. In Inghilterra è dimostrato che attualmente il profilo di cura premiante è il profilo di cura che è testimonianza del desiderio della famiglia e non testimonianza del desiderio del malato. Le organizzazioni familiari sono così potenti che dettano le linee guida per l'assistenza e la cura.

Quindi c'è sempre una scentratura quando si parla di presa in carico, c'è sempre una centratura quando si parla di contratto. C'è sempre un arricchimento quando si parla di piano.

Mi è venuto in mente mentre parlavo di un episodio accaduto a Winnicott: Winnicott ha un paziente, che è un avvocato; questo avvocato racconta di una vicenda pratica: doveva prendere l'aereo per un'importante causa, aveva dietro la sua valigetta — non so se sia corretto dal punto di setting portare dentro la valigetta; per i bambini sì — e ne aveva fatto menzione al fine della seduta, l'avvocato scende rapidamente e Winnicott si accorge che aveva lasciato la valigetta. A questo punto si alza, lo rincorre e mentre sta per prendere il taxi e gli consegna la valigetta.

Questo secondo me è un buon avvocato, nel senso che dall'ascolto è passato anche ad una azione di difesa di un reale bisogno del soggetto.

Dove si situa il Tutor? Anche questo richiede una riflessione interessante dal punto di vista istituzionale. Ci sono agenzie di Tutor; il Tutor non è un'invenzione di oggi. Esiste anche il Tutor della salute, ma nel senso di dire di evitare che alcuni atti, soprattutto patrimoniali e amministrativi, vadano a danno del buon stare, della buona salute del soggetto anche in termini economici.

Attualmente a Milano ci sono 437 malati adulti che sono in tutela e all'anno ci sono 1.400 amministrazioni provvisorie, che sono quelle amministrazioni che colpiscono il soggetto che non è capace di intendere e di volere per brevi periodi, per un episodio maniacale, o un episodio profondamente depressivo che lo rendono incapace di gestire le proprie cose.

È una situazione che in Milano abbiamo cercato e stiamo cercando di centralizzare, per ovvie situazioni di razionalizzazione, non economica, ma come modello di intervento, perché non si riduca l'intervento solo a una gestione del bisogno del calzino, ma soprattutto perché depositato in Parlamento un progetto di legge sull'amministratore di sostegno. Credo che in una scuola di psicopatologia questa funzione della figura professionale debba essere letta molto attentamente, come una grande opportunità, soprattutto di dare formazione attraverso questa esperienza, perché l'amministratore di sostegno non è il semplice tutore: ha un contenuto di difesa ampia delle possibilità del soggetto e delle possibilità di espressione del soggetto; diventa davvero l'intercapedine tra la cura, la possibilità di un contratto con la cura, la possibilità di dare una risposta complessa.

Credo che lì ci sia la possibilità di un inserimento di rapporto con l'istituzione. Cioè non nel luogo del CPE o del CPS, ma in quello spazio intermedio che sta tra le varie agenzie che oggi si occupano di tutela della salute e che hanno l'obbligo di considerare ... [Non si capisce - Gilda] come un fatto complessivo non immediatamente riconducibile a un dato specifico, tecnico, o di tipo di conoscenza analitica o psichiatrica o neuropsichiatrica, piuttosto che di assistente sociale.

Mi fermo qua; credo che poi la conversazione possa continuare.

CARLO GIOVE

Ho parlato con Contri nell'intervallo per derogare dal mio intervento preparato, tradizionale, perché ho pensato che sarebbe più utile dopo l'esposizione dei precedenti relatori che hanno esaurientemente parlato di questa nuova professione del Tutor, fare alcune considerazioni.

La professione del Tutor è una professione nuova che vorrebbe colmare alcune lacune che ci sono nel campo della salute mentale e soprattutto dovuto alle esigenze da parte di alcuni utenti o della maggior parte degli utenti che cercano di star bene.

È stato detto che il Tutor, quando viene chiamato perché naturalmente fa il contratto, c'è un invariante, viene chiamato perché c'è un disturbo che appartiene a una persona, che può essere un disturbo psichico, un disturbo di adattamento, può essere anche un disturbo fisico.

La prima cosa che è stata detta è che bisogna individuare la patologia, se c'è una patologia o una falsa patologia. Quindi, entra il concetto di normalità. Come deve fare il Tutor per capire queste cose? Evidentemente deve avere una preparazione, una conoscenza, e i concetti di psicopatologia perché possa riconoscere dove ci sono dei disturbi psicopatologia e dove ci sono dei falsi disturbi psicopatologici. Quindi c'è già la necessità di una preparazione specifica.

Il suo intervento poi — mi è sembrato di capire — che deve agire nel recupero della normalità. Lo dico così, tra virgolette. Come se il soggetto disprovato, possa avere alcuni tratti di normalità che evidentemente per un tipo di rapporto di patologia esistente tra lui e se stesso o con l'ambiente non è in grado più di utilizzare.

Non solo, ma deve recuperare anche la normalità che esiste nell'ambiente, perché in alcune situazioni, come abbiamo visto nei casi che sono stati esposti, proprio un disturbo patologico non faceva che alterare completamente quello che era la relazione e questo non consentiva più al soggetto di recuperare.

Come fa il Tutor ad agire? Direttamente sul soggetto, oppure sull'ambiente? Sia pure avendo un contratto, ma un contratto che non è un contratto tipo setting analitico; tuttavia è un contratto nel quale si deve muovere con una preparazione, con una formazione che fa sì che lui non possa agire all'interno con modalità che potrebbero essere diverse da quella che è la modalità del recupero.

Pertanto, io penso che il Tutor debba avere una formazione, e per questo, questo Convegno ha detto che ci saranno dei corsi di formazione del Tutor.

Quindi questa giovane professione è molto più complessa di quanto sembri, richiede una preparazione specifica molto approfondita e credo che sia molto importante quello che viene sottolineato anche nel depliant illustrativo, che debba essere del tutto privato, proprio perché molti fallimenti sono avvenuti proprio perché il rapporto esistente tra malati e anche operatori delle istituzioni non fa altro che riprodurre un rapporto con l'istituzione, e sappiano che l'istituzione è neutra e non personale.

Pertanto il Tutor deve agire mediando il suo rapporto tra il soggetto che deve seguire, il suo *entourage* ed eventualmente l'istituzione.

Credo di avere finito, e penso che tutti questi concetti possano essere oggetto di discussione e di approfondimento.

GIUSEPPE TOMAI

Io sono un non specialista che si trova coinvolto in questa cosa per ragioni molto pratiche, essendo stato per cinque anni Direttore dell'IREF Lombardia, l'istituto di formazione che ha dedicato in questi anni una parte consistente del proprio lavoro alla formazione degli operatori pubblici nell'area sociale, ha incrociato il problema della formazione degli operatori che operano nei servizi, e ha incrociato questa esperienza in forma di proposta che gli veniva fatta e che mi è sembrata fin dall'inizio coincidere con un bisogno reale.

Cercherò di essere brevissimo. Raggrupperò le mie riflessioni attorno a tre punti molto sintetici, cioè il contesto che richiede questa figura, le connotazioni di questa figura, e qualche considerazione conclusiva sui possibili sviluppi.

Mi occupo di formazione da una vita; attualmente insegno Organizzazione e Gestione delle risorse umane. Mi sono sempre occupato di formazione. Fin dall'inizio della mia esperienza professionale ho avuto una vicinanza, un contatto, con i temi dell'esclusione sociale in genere e della malattia mentale in particolare.

Ero da poco più di un anno direttore dell'... Lombardia quando mi ha raggiunto questa richiesta: partiva in quel momento questo grande movimento che ha fatto tanto bene e tanto male della lotta contro l'istituzione totale e alcuni operatori del Paolo Pini arrivarono da noi dicendo «Ma non si potrebbero tirare fuori quattro matti da questo manicomio e cominciare a fare qualche cosa in un corso di formazione professionale?». Destinammo due operatori — anno scolastico 1970-71 per dare un'idea — estranei al mondo dell'ospedale, della psichiatria, della terapia, della guarigione, totalmente sprovvisti di qualunque strumento specifico, venivano chiamati in causa.

Da allora, questa cosa si è ripetuta decine e decine di volte, in esperienze più o meno strutturate, e io ho sempre visto questo doppio aspetto; la Dr. Cristina Musetti aveva accennato questa polarizzazione della figura: da un lato verso la guarigione, da un lato verso la riabilitazione. Diciamo che qui mi sono trovato più collocato dal lato della riabilitazione che della guarigione e a cercare di definire un ruolo, come tutti questi processi per i quali l'auspicata guarigione, lo star meglio di quel soggetto, di quell'essere umano lì dipende da più cose, e una delle cose che mi piace della vostra proposta è che non si presenta come proposta onnipotente, ma si presenta come modesta.

Uno dei problemi era quello di definire il compito di ciascuno. C'era uno sforzo nel definire uno specialismo. Venivamo da decenni di ergoterapia, di discorsi sul lavoro che avevano un certo connotato, e cercavamo di innovare su quel fronte in uno specialismo. E dall'altra c'era un problema di contesto complessivo, nel quale operare, di relazioni da stabilire.

Mi accorgevo che ogni volta che noi entravamo in una situazione nuova c'erano due fattori cognitivi: uno, portavamo uno specialismo, ma dall'altro eravamo nuovi. Eravamo al di là dello specialismo che portavamo, eravamo esseri umani che non erano stati lì fino a un minuto prima. Quindi avevano quel connotato di persone che viene dall'esterno e che non è ancora coinvolta da tutte quelle regole pattizie, contrattuali, anche non scritte, che in alcuni casi producono anche il blocco della capacità delle istituzioni, dei servizi di risolvere i problemi.

Quindi c'è questo elemento del nuovo.

I bisogni enormi da quelli che sono citati adesso — ricordo una telefonata di Elisa Ceccarelli allora disperata per le centinaia di casi che non riusciva a seguire e che chiedeva una mano: come possiamo fare nei paesi della provincia, nei quartieri di Milano ad avere dei punti di riferimento, delle persone? — e questi soggetti, altro elemento fondamentale, erano tutti soggetti privati, singole persone, gruppi autogestiti di operatori che si improvvisavano, ma c'era questo connotato del privato, che poi un decennio di ideologia statalista ha distrutto. Anche queste stesse persone che nascevano come soggetto privato, con una forte autonomia, data la cultura dell'epoca in pochi mesi diventavano aspiranti a un posto di lavoro pubblico, con tutto quello che questo ha comportato sul piano dei modelli culturali.

Questo il contesto di allora. Secondo me quei bisogni sono in qualche modo bisogni permanenti e ci sono anche adesso.

Dai casi che sono stati qui presentati mi sembra di cogliere che questa figura di Tutor si colloca proprio lì in mezzo fra specialismi di varia natura, con una formazione anche psichiatrica, psicologica, psicoanalitica robusta, quindi non il vergine, — noi allora avevamo affidato la supervisione dei nostri operatori a Gustavo Charmet che allora era giovane e meno famoso di adesso e che aveva colto questa cosa: «Tomai li vuole psichiatricamente vergini i suoi operatori»; era vero, ci tenevo a uno specialismo diverso e anche perché i modelli medicali, e psicoanalitici, sono modelli molto robusti per cui tendevano a fare egemonia, per cui tutti quelli che venivano messi a lavorare con i matti aspiravano a fare lo psichiatra. Io invece aspiravo ad avere delle persone che collaborassero con lo specialista avendo un loro contributo da dare, perché sapevano fare il falegname ed era importante che facessero bene il falegname, non che si sostituissero allo psichiatra nel fare le diagnosi su quello che lavorava con loro per un certo periodo.

Qui invece siamo nell'ambito di una figura che invece deve avere radici di preparazione e che però deve avere questo connotato privato, su cui non insisto che mi sembra decisivo, deve avere questo carattere un po' limitato nel tempo, perché altrimenti si perde questa opportunità dell'evento nuovo: dopo un po' per quanti sforzi uno faccia, per quanto resista sul piano della sua identità, alla fine si ritrova in una trama. Quindi, in qualche modo devono essere degli interventi che hanno un inizio e una fine, più o meno positiva, ma in qualche modo non lo vedo come una figura permanente nel tempo, quindi in qualche modo altre sono le figure che possono svolgere un ruolo sempre di *advocacy* nei confronti dei bisogni e degli interessi della persona che ha problemi, ma che richiedono magari anche una maggiore durata nel tempo. E ci sono tante figure professionali.

Per stringere, mi sembra che le riflessioni che state facendo possano dare un grosso contributo anche alla formazione sia delle figure professionali già esistenti e operanti nei servizi, perché una riflessione sul lavoro che avete fatto potrebbe portare delle ricadute molto positive anche sulla formazione dell'assistente sociale, dell'educatore, etc., una serie di figure che potrebbero beneficiare da una riflessione su questo.

Dall'altra invece c'è il problema di formalizzare un percorso proprio, sperando che non diventi la nuova figura vissuta come egemone, miracolistica e risolutoria, e sperando che non ci sia l'altro versante che è quello che quando una figura professionale viene affermata e codificata e regolamentata, poi si traduce in regole, procedure, protocolli, routine, e può essere anche uccisa dalla sua stessa formalizzazione.

Qui è l'avventura che parte e io sono qui a farvi gli auguri.

DIBATTITO

GIACOMO B. CONTRI

Constato semplicemente che da questi interventi sono già uscite idee nuove, suggerimenti, spunti nuovi, altre facce della cosa.

A momenti concluderemo con un breve intervento di Pietro R. Cavalleri e un ancor più breve intervento mio.

Visto il tempo, ancora favorevole, chiedo a chi ha già parlato di riprendere, se lo crede e se ha qualcosa da dire, la parola per altri nuovi pensieri.

LORENZO PETROVICH

Mi pare che Tomai abbia chiuso il cerchio delle raccomandazioni, che essenzialmente erano centrate sulla necessità di uno statuto ancorato al privato, della necessità di un rapporto con l'istituzione, che di fatto esiste e c'è, e che in qualche caso dovrebbe fare l'avvocato in questo senso; ma è anche vero che se guardo i dati non lo fa.

Se voi considerate che tutta la Regione Lombardia, gli interventi fatti dal GPS, all'80% sono costituiti da colloqui e da somministrazione di farmaci, evidentemente questo vi fa dire come la presa in carico ha un valore solo in qualche modo euristico, ma poi nella pratica non esiste.

C'è un problema economico: la neuropsichiatria infantile in Lombardia perde 80-100 miliardi l'anno, non ha ricavi, è un bene intangibile; in un regime di aziendalizzazione come questo è un problema grosso. Bisogna che anche la neuropsichiatria infantile trovi la sua collocazione; *obtorto collo* è stata messa nell'azienda ospedaliera, però è anche vero che o ci si decide a considerare la neuropsichiatria infantile, la psichiatria un campo dove qualcosa si può misurare e altre cose non si possono misurare, per cui anche il Tutor entra in questo qualcosa di misurabile, contrattabile sì, ma non riducibile a regolamenti e a tariffe che hanno costruito l'impero della realtà parallela che c'è oggi nel campo della salute mentale, che non è altro che un'altra organizzazione che si avvicina all'altra, allora in questo senso bisognerà finire per fare uno sforzo — e questo è un invito — a definire anche il campo della tariffa. Pur considerandolo un bene intangibile, in ogni caso è una prestazione data e questo significa normalmente, scendendo non nel campo delle regolamentazioni istituzionali, ma nel campo del principio della realtà, questo noleggiare di ore quanto vale e quanto può essere compatibile con un sistema che nel discorso della psichiatria ha avuto una sua realtà, vale a dire un'azione del riconoscimento del 5% del fondo sanitario regionale e quindi una possibilità di sviluppo.

In altri campi può avere lo scontro di un'impossibilità di definizione tariffaria. Credo che il termine «noleggio d'ora» sia un puro termine, credo che il discorso del contratto sta sul principio di realtà: se il percorso è quello della normalizzazione del problema della malattia mentale, normalizzazione nel senso di percorsi non normativi ma normali, evidentemente è normale parlare anche di quanto costa il noleggio dell'ora.

Questo per un pericolo qualche volta molto grosso, quello che se è vero che deve stare nello statuto del privato non è detto che il contraente debba stare nel privato, cioè che ci sia un rapporto tra privato e privato.

Non sono d'accordo con la battuta che «Tanti sono i chiamati, pochi gli eletti». Il problema è creare anche un punto di un'etica di equivalenza. Ci sono delle priorità da scegliere sulla base dei risultati.

Con la definizione che ci sono pochi che possono sostenere questo aspetto perché è troppo specialistico? Non credo, perché abbiamo già capito che c'è della sapienza, c'è del sapere, non c'è dello specialismo. C'è nella relazione della presentazione sempre un percorso basato su un termine di umanità molto ampia.

Quando dico che si perde, si perde perché di fatto si ha a che fare con situazioni complesse è molto difficile ottenere dei prodotti, ma è anche vero che oggi come oggi quello che si fa è come una sorta di notula che si scrive e si è pagati per quello che si fa. Giusto o non giusto, questo è il sistema che c'è in Italia.

CARLO GIOVE

A proposito dei pochi eletti, quanti più Tutor avremo, tanto più saranno gli eletti. C'era una tendenza quasi all'istituzionalizzazione, quando si è parlato di libertà di psicologia, quando si è parlato di avvocato, nel privato penso che la battuta era da cogliere in questo senso.

Non so se Contri vuole dire qualche cosa a proposito di questo.

GIACOMO B. CONTRI

A proposito di chiamati ed eletti, secondo me la battuta è presa alla lettera secondo la lettera e spirito del Vangelo: sono chiamati tutti, poi dopo si constata che coloro che si avvalgono della nuova specie di offerta seguono un certo altro criterio per cui l'offerta l'assumono o non l'assumono. In quella frase evangelica Cristo è semplicemente realista: è realista perché fa i conti e dice: ho chiamato cento e non è venuto nessuno; e allora sono andato per strada a ramazzare tutti quelli che passavano di lì; poi sono venuti, però alcuni di quelli non si sono messi la cravatta e allora furono buttati fuori, dove è pianto e stridor di denti. È un sociologo, Cristo, in quel momento lì. Osserva che molti sono i chiamati, ma pochi i venuti.

Il giovane ricco è fuori, il giovane ricco è sempre fuori, ancora prima di andare lì.

LORENZO PETROVICH

C'è bisogno di un certo tipo di ricchezza, se il contratto è spesso privato. Questa è un po' una contraddizione. Per questo la necessità di svilupparlo.

CARLO GIOVE

La ricchezza può essere la conoscenza e la formazione analitica

CRISTINA MUNETTI

Vorrei riprendere una parola molto breve riguardo a un punto che è la parola intermediarietà. Mi sembrava che il Dr. Petrovich l'avesse messa un po' al centro delle sue considerazioni. Dovremmo chiederci quanti danni ha fatto, quante spese, e anche quanti fraintendimenti possono essere legati a questa parola: dello «spazio intermedio». Distinguiamo la parola «intermediarietà» da un'altra parola che è un lavoro indiretto, cioè tutte quelle opere che lavorano indirettamente a uno scopo, tutte le persone che il Dr. Petrovich nominava, che hanno anche costituito il punto forte della terapia della riabilitazione, anche per il bambino, questo grande spiegamento di forze: insegnanti di sostegno, riabilitatori, etc.

Volevo fare una domanda: se lui è d'accordo, per tutti questi interventi che punteggiano fortemente la bilancia delle cose, se li qualificherebbe come una buona intermediarietà, o anche lui a un certo punto, con la sua competenza di psichiatra, viene da una parte in cui siamo noi sul punto di dire niente intermediarietà:

è l'intermediarietà che ci fa rallentare, che ci fa morire dietro all'aspettativa compensatoria di chissà quale ristabilimento di qualsiasi tipo.

Sono molto grata al Dr. Petrovich perché ha nominato un ... e l'ha nominato in un aspetto molto simpatico.

Però, che cosa ne dice dell'intermediarietà, della faccenda che si aspetta sempre a fare qualcosa in vista che queste cose ci siano comunque, si risolvano o le faccia qualcun altro?

Il tempo, la buona disponibilità delle persone, l'andamento delle cose, i miracoli...

direi che il concetto di intermediarietà lo dobbiamo proprio cancellare e questo è a favore di tutto ciò che facciamo. Lavoriamo in modo indiretto, ma non intermediario: facciamo tutto quello che possiamo e non mettiamoci come strumento ...

LORENZO PETROVICH

Chiarisco completamente il mio pensiero, perché è stato completamente equivocado. Il mio sforzo era di verificare come questa figura, perché si interfacciasse su esigenze nuove che ci sono, e parlavo dell'amministratore di sostegno che è una figura che sta creando il Parlamento e non c'entra niente con gli insegnanti di sostegno e con tutti quegli apparati cui si affida il controllo e il problema della cura.

Forse c'è qualche equivoco, perché avendo una formazione psicoanalitica e con grande contentezza occupandomi da cinque anni di problemi di organizzazione sanitaria, evidentemente vedo sempre dove un nuovo possa inserirsi con le caratteristiche del nuovo senza diventare poi un meccanismo istituzionale, seppure poi bisogna verificarsi con l'istituzione.

Dal punto di vista così propriamente dinamico, credo che l'agire nell'area intermedia è il luogo della sapienza, dell'avvocato. Ma area intermedia secondo la definizione di Bion.

Allora è una pellicola di pensiero che sta al posto del pensiero, per un tratto, semplicemente perché il pensiero si era distorto. Quindi è una prospettiva di ulteriore richiamo all'ascolto nella cura. È un concetto senz'altro di intercettamento in qualche modo, di una risposta abbandonata.

Tengo a precisare che il discorso del contratto, proprio perché sta in luogo transizionale, ha un tempo di inizio e un tempo della fine.

GIUSEPPE TOMAI

Volevo solo aggiungere una riflessione basata ancora sull'esperienza. In questa pluralità di soggetti che hanno a che fare con il disagio psichico, mentale, è proprio difficile stabilire chi può fare di più: teoricamente e praticamente. Nella lettura delle esperienze ci si accorge che ci sono degli aspetti, degli elementi che sono di assoluta gratuità.

Secondo me va salvaguardata questa cosa.

A me è capitato qualche anno fa di fare una valutazione di progetti fatti in 23 diversi comuni d'Italia, sul tema del disagio giovanile. Erano interventi fatti da Comuni ed avevano un'idea in comune: quella di utilizzare le risorse del cosiddetto «privato sociale», cioè che cosa potevano fare gruppi di volontariato, etc.

Ricostruendo le vicende di queste centinaia di ragazzi, a gruppi di decine in ciascuno di questi luoghi, che erano tutti ragazzini che avevano delle storie in parte simili, anche se qui siamo più in fase di prevenzione che di terapia, però anche comportamenti parecchio disturbati e disturbanti, e ci si accorgeva di questo: nei casi in cui c'era stato un percorso positivo, di superamento di una situazione di difficoltà, il fatto scatenante era in ciascun caso una cosa molto diversa. L'elemento comune era che in genere era sempre l'incontro con una persona, quindi con una figura di adulto — in questo caso essendo degli adolescenti — con una figura di adulto nella quale questi adolescenti riconoscevano un minimo di riferimento. E non era detto che questo fosse l'operatore principale, addetto a gestire il progetto, e magari a fare questa figura strana di intermedio di cui si parlava prima. Poteva anche essere una figura occasionale. L'istruttore di canoa a cui veniva affidato per tre pomeriggi alla settimana il ragazzino di Savona è stato decisivo, perché questo ragazzino non combinava un fico dalla mattina alla sera, nella canoa è diventato un mago, finalmente ha avuto sicurezza in se stesso, si è poi trovato la fidanzata, etc.

In questo caso, avere questa apertura a cogliere le opportunità, a lasciar camminare le opportunità, quindi un atteggiamento questo della tutela che è la prima forma di tutela che possiamo esercitare nei

confronti delle persone: lasciare che abbiano relazioni con il prossimo, perché da queste relazioni potrebbe anche nascere qualcosa di positivo.

GIACOMO B. CONTRI

Credo che la distribuzione del tempo fra il Dr. Pietro R. Cavalleri e me sia di 4 minuti a lui e meno di 2 a me.

PIETRO R. CAVALLERI

Ascoltando in particolare la prima parte della mattinata, e cioè l'esemplificazione di casi, così concise, pensavo questo: se io vi proponessi di individuare con me qual è la via ultima comune a cui conduce la psicopatologia e se vi proponessi di individuarla nello stato di afasia, direi certamente una cosa esatta; voi non avreste difficoltà a convenirne.

Afasia vuol dire appiattimento della parola e omogeneizzazione dei comportamenti, sostituzione di comportamenti omogeneizzati a una variabilità e individualità della parola soggettiva.

Sappiamo che ogni psicopatologia porta a questa marmellata finale, di cui la perdita della capacità di parola è l'emblema più significativo.

Se io vi dicessi però che la stessa afasia, la stessa linea, è anche l'atto iniziale nella psicopatologia, allora forse questo potrebbe risultrarvi una sorpresa, una novità.

Noi vediamo che — e anche nei casi illustrati — ci portano a questa osservazione: che l'ingresso nello stato patologico, il cominciare ad ammalare esordisce, si manifesta con una perdita della capacità stessa di denunciare ciò che sta accadendo. Avviene da due lati: dal lato del malato che perde la capacità di imputazione all'altro o di ritrovare la propria corretta imputazione, sostituita da un senso di colpa afasizzante. Ma la stessa afasia è quella che si estende, contagia, viene condivisa, da chi ha il compito di trattare, fino a curare. E questo lo vediamo nel perdere di rilievo la possibilità di descrivere.

Oggi è più facile incominciare a trattare sostituendo il tentare di descrivere ciò che il problema, la situazione patologica, la difficoltà, lo stato di vita del nostro cliente, con una presunta classificazione diagnostica, che nella misura in cui utilizziamo sempre più il DSM-IV non ha più neppure più la dignità di diagnosi, ovvero di giudizio, ma è una pura classificazione afasica, che sostituisce questa capacità di individuare la situazione di cui ci dovremmo occupare.

Noi abbiamo sentito, pur nella concisione delle illustrazioni, come questi casi di cui i colleghi ci hanno parlato e che a prima vista sembravano tutti uguali, o sarebbero potuti risultare tutti uguali, prendevano un rilievo individuale, di situazioni, di particolari, di dettagli. L'uscita verso la guarigione è una questione di dettaglio. Si tratta di imparare a trattare con i dettagli a individuarli e a nominarli.

Dunque, dico questo perché credo che il criterio di inclusione nella propria potenziale clientela da parte di un Tutor di una persona piuttosto che un'altra non è in primo luogo quella classificazione diagnostica.

Di chi si occupa il Tutor? Non sarà una diagnosi a dirgli «questo sì, questo no», no al nevrotico, sì allo psicotico, sì e no all'handicappato, dipende per il perverso. Non è questo lo strumento: lo strumento è l'individuazione da parte del Tutor di una capacità di contratto da parte di chi si propone come cliente: nella misura in cui io sono in grado di individuare dei termini chiari su cui basare un contratto e un lavoro comune, allora quello sarà a buon titolo il cliente con cui potrò lavorare.

La capacità diagnostica del Tutor a mio avviso in primo luogo include la capacità di individuare e formulare dei termini di contratto, cioè il lavoro del quale io posso farmi partner o di cui il mio cliente potrà essere partner con me. Questo in primo luogo.

In secondo luogo, io credo che sia bene dire e sottolineare che il Tutor non cura, il Tutor tratta. Il primo trattamento è quello del rilevare un cliente che è ostaggio della patologia: anche ostaggio delle sue relazioni.

Noi molto opportunamente abbiamo detto che la professione di Tutor è una professione avvocatizia. Noi sappiamo che l'avvocato è necessario per lo svolgimento del processo, è una parte di quella attività che

è il processo. Abbiamo spesso detto che la cura stessa è un processo. Mentre la patologia è un processo che non arriva a nessun termine, la cura è un processo che arriva al termine.

Sappiamo che l'avvocato difende il cliente ingiustamente ritenuto reo di un delitto, ma difende anche il malfattore. Noi non siamo così ingenui da ritenere che avvocato della salute significhi difendere anche i malfattori. Noi sappiamo quanto di malfattore vi è nel malato. Noi sappiamo che il malato non è definibile solo come vittima, ma nella psicopatologia è diventato a sua volta sostenitore dell'ingiustizia. Allora, opportunamente avviciniamo la figura del Tutor a quella dell'avvocato, perché quando diciamo che il compito di difesa della salute, il compito di difesa del cliente è il compito del Tutor, non siamo per nulla ingenui e applichiamo questa difesa anche ben sapendo che spesso il nostro cliente è un malfattore, e generalmente non è neppure un bandito solitario, ma più spesso è il membro di un'associazione a delinquere.

I casi di cui voi avete sentito l'illustrazione sono già dei casi che riflettono non la nostra idea di che cosa sia e che cosa debba fare il Tutor, ma la nostra testimonianza di come dei Tutor hanno cominciato ad operare: questa professione è nata. Noi ce ne assumiamo la paternità.

I casi che sono stati illustrati sono casi di Tutor, molti dei quali sono presenti in platea, credo rielaborati e presentati da colleghi che in questi anni sono stati i supervisori della pratica di quei Tutor.

Dunque la nostra *Scuola Pratica di Psicologia* che include nella sua attività anche la specifica formazione della *Scuola Tutor* sa bene che questa formazione non è soltanto riducibile a una esposizione teorica, ma è una riforma delle modalità di operare in cui qualcuno si è già autorizzato e i colleghi, docenti della *Scuola Pratica di Psicologia - Scuola Tutor* sono al tempo stesso disponibili ad esercitare come supervisori. Noi sappiamo che la professione nasce sul campo e quindi il contributo alla messa a punto della figura è dato anche dalla reale esperienza che viene condotta.

Per ultimo voglio dire che il Tutor è un professionista che ha nel suo bagaglio la conoscenza approfondita delle risorse non soltanto potenziali e individuali del suo cliente, ma le risorse sociali. Tra le risorse sociali si avvale di quella articolazione che al nostro stesso interno abbiamo pensato, di consultazione e di sostegno per la diagnosi e l'orientamento al trattamento che è il *CEDIOR*.

Come già scritto sulla locandina, ci siamo attrezzati a contattare una serie di colleghi, professionisti, nel campo della psichiatria, della neurologia, della medicina, attrezzando anche un comitato medico psicoanalitico, che è in grado di supportare tutte le necessità correttamente diagnostiche che si prospettino.

Da ultimo, benché l'attività del Tutor come professione sia tale da prevedere — e questo lo registro anche nella mia conoscenza di coloro che operano come Tutor — a dotarsi di un proprio studio, di uno spazio proprio in cui individuare i termini del contratto, formulare il contratto, ed eventualmente anche ricevere il paziente o il cliente.

Ma sappiamo che l'attività del Tutor è tale per cui la sua azione ad avvenire soltanto in uno spazio specializzato, ma l'azione del Tutor è in prima battuta e continua ad essere nei luoghi normali di vita, compresi i luoghi del soggetto, i luoghi delle strutture produttive, i luoghi della scuola, i luoghi della vita sociale. Il Tutor è qualcuno talmente attrezzato nella propria competenza professionale che abbisogna soltanto in parte e non per tutta la quota del suo lavoro, di uno spazio proprio, ma in gran parte è in grado di operare con il suo cliente nei luoghi in cui si conduce la vita del cliente.

Credo che sia molto interessante se l'ente pubblico facilita alcuni soggetti a diventare miei clienti, ovvero se l'ente pubblico riconosce l'interesse di questa mia professione e si attiva per facilitare economicamente l'accesso di una parte di clientela che potrebbe avvalersi della mia prestazione, ma non lo farà per motivi economici, diventa simile, questa professione, all'avvocato d'ufficio.

Noi sappiamo che il fatto che esista un avvocato d'ufficio non è sufficiente per dire che la professione dell'avvocatura diventa una professione impiegatizia.

La professione dell'avvocatura rimane una libera professione.

GIACOMO B. CONTRI

Mi associo facilmente al tono, registro di Pietro R. Cavalleri.

Una battuta a mo' di riepilogazione universale. Quante sono le specie di avvocatura?

Trovo che sono tre e forse ne abbiamo aggiunto una quarta, oppure questa quarta unisce due di queste tre.

La prima specie di avvocati sono quelli che si sono formati alla Facoltà di Diritto.

La seconda specie di avvocato, storico, noto da una ventina di secoli — e non vi appaia curioso che io introduca nella medesima lista questa persona — è Gesù Cristo. Anche così definito in passato.

Non dovrei trascurare che anche la Madonna è stata chiamata «avvocata», ma non sto tanto ad aggiungere, perché lavorano nel medesimo studio professionale.

Il terzo caso — ed è rigoroso e la parola «avvocato» in questa stanza non è stata usata metaforicamente; è usata tecnicamente, con rigore, salvo sentire obiezione a questo — di avvocato è lo psicoanalista: un avvocato di processo di appello. Questo l'ho imparato da Lacan.

Il Tutor è o una quarta specie di avvocato oppure un avvocato che unisce parte del lavoro del primo e parte del lavoro del terzo.

Il soggetto cliente di queste tre-quattro specie di avvocati è quel soggetto che è diviso, anzi tirato, come nella figura dello squartamento, da due parti opposte. Una è l'abdicazione e si abdica di diritto.

E questa è la nostra definizione di psicopatologia; nella psicopatologia tutti sono dei Re Lear.

O dall'altra parte un soggetto che rimane attaccato ai suoi diritti: è il concetto di difesa. Il soggetto si difende e l'avvocato è un co-difensore.

Questo è un modo rapido, ma né aforistico, né metaforico di dare una specie di sunto alle idee di base che orientano il gruppo che promuove tutto questo.

Non ho neppure parole per ringraziare, anche per elementi di suggerimento che sono emersi, non ho modo di ringraziare tanto meno di tornarci su ora, ma che riceveranno esame, discussione e sviluppo nel nostro ambito.

Ho modo di ringraziare il Prof. Carlo Giove, la Dr. Cristina Musetti, il Dr. Lorenzo Petrovich, il Dott. Giuseppe Tomai.

Tutti, o coloro che non hanno una relazione diretta con la nostra entità, sappiano che chi domanderà notizie, informazioni o materiale li riceverà.

Un saluto a tutti e grazie per l'ascolto che mi è sembrato attento.

© Studium Cartello – 2007

Vietata la riproduzione anche parziale del presente testo con qualsiasi mezzo e per qualsiasi fine senza previa autorizzazione del proprietario del Copyright