

L'approccio del Dialogo Aperto nel Dipartimento di Salute Mentale di Caltagirone. La formazione al lavoro di gruppo con la famiglia e la rete sociale

di Angela Sordano^{*}, Elisa Gulino^{**}, Raffaele Barone^{***},
Giuseppe Lunardo^{****}, Alessandra Furin^{*****} e Angelo Silvestri^{*****}

[Ricevuto il 28/11/2022
Accettato il 15/12/2022]

Riassunto

L'intervista a Raffaele Barone e al suo team costituisce un'occasione importante per esplorare una pratica psicosociale innovativa in una fase di passaggio dell'associazione COIRAG verso il Terzo Settore. Il Dialogo Aperto è un approccio clinico finalizzato al trattamento delle crisi psichiatriche di esordio. Nato negli anni '80 in Finlandia, è stato introdotto in Italia intorno agli anni '90, trovando una sintesi teorica e una forte integrazione con la Psicoanalisi multifamiliare e la comunità terapeutica democratica proprio nel servizio di Salute Mentale di Caltagirone.

^{*} Psicologa, psicoterapeuta, Asl Torino 5, Servizio di psicologia, socia Apragip (strada Genova, 138 – 10024 Moncalieri Torino); angela.sordano@gmail.com

^{**} Dirigente psicologa, DSM di Caltagirone, psicoterapeuta sistemica-relazionale, coordinatrice del Dialogo Aperto nel DSM di Caltagirone-Palagonia, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, (via Silvio Pellico, 502 – 95042 Grammichele CT); elisa.gulino@aspct.it

^{***} Psichiatra, psicoterapeuta gruppoanalitico, direttore del Modulo DSM 1 Calatino, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania (via F. di Svevia, 44 – 95042 Grammichele CT); raffaelebarone56@gmail.com

^{****} Dirigente psichiatra, DSM di Caltagirone, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, (via Collegiata, 3 – 95124 Catania); lunag.g@icloud.com

^{*****} Psicologa, psicoterapeuta individuale e gruppale; socia Asvegra e COIRAG; membro SPI, IPA e GASi; coordinatrice della redazione della rivista *Gruppi*, (via Degli Zabarella, 64 – 35121 Padova); alessandra.furin@gmail.com

^{*****} Medico psichiatra, psicoterapeuta individuale e gruppale, dottore di ricerca in scienze psichiatriche, socio Asvegra, Apg, COIRAG, GASi full member e SPR Italia, docente COIRAG, direttore della rivista *Gruppi* (via Degli Zabarella, 64 – 35121 Padova); angelo_silvestri@iol.it

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 1/2022
DOI: 10.3280/gruoal-2022oa17966

TEMA

Recentemente, il cambiamento nei quadri psicopatologici ha orientato i colleghi a estendere questo tipo di trattamento ad altre forme sintomatologiche come i disturbi alimentari, i suicidi, le dipendenze da sostanze e i disturbi di personalità. Gli aspetti innovativi di rilievo non si limitano solo al concetto di *Trattamento Adattato al Bisogno*, ma riguardano anche la flessibilità dei modelli organizzativi dei servizi di Salute Mentale e l'importanza di una formazione permanente dei *Team riflessivi*, dei *Facilitatori sociali* e degli operatori coinvolti sia in ambito sanitario, sia nel collettivo sociale.

Parole chiave: Dialogo Aperto, Lavoro di gruppo, Famiglia, Rete sociale, Salute mentale, Formazione.

Abstract. *The approach to Open Dialogue in the Department of Mental Health in Caltagirone. Training in group work with the family and the social network*

The interview with Raffaele Barone and his team represents an important event to explore an innovative psychosocial practice in a phase in which COIRAG is changing its institutional configuration toward the Third Sector. *Open Dialogue* is a clinical approach to the treatment of the onset of a psychiatric crisis. It originated in the 1980s in Finland and was introduced to Italy in the 1990s, but it has found an effective theoretical synthesis and a strong integration with multifamily psychoanalysis and the democratic therapeutic community in Caltagirone Mental Health Service. Recently, the transformation of clinical psychopathology has steered the Caltagirone team to try this kind of treatment for other symptomatic illnesses such as suicide, different kinds of dependencies, feeding and personality disorders. The innovative aspects are not limited only to the concept of *Need Adapted Treatment*, but they will consider also the flexibility of the organization of the mental health services and the importance of training permanently reflective teams, social facilitators and all the involved professionals in the sanitary system and into the community.

Keywords: Open Dialogue, Group work, Family, Social network, Mental health, Training.

Silvestri: Volevo ringraziarvi per la disponibilità a questa intervista. È un'occasione importante per la Rivista soffermarsi su questa nuova pratica innovativa. In Italia è poco sviluppata, anche se non è recente. C'è molta strada da percorrere. Stiamo preparando un numero sulla formazione dello psicoterapeuta, a partire dalla riforma dell'Ordinamento della Scuola di specializzazione della COIRAG. Ci stiamo interrogando su quali siano le esigenze formative del XXI secolo. Personalmente ritengo sia importante la capacità di lavorare con altre professionalità. Lo psicoterapeuta deve poter uscire dal proprio studio per lavorare con le organizzazioni e tante altre

situazioni. Penso che la vostra esperienza fornisca tanti spunti interessanti, per chi si sta formando e anche per chi è formato. Le dott.sse Sordano e Furin hanno preparato alcune domande di approfondimento.

Sordano: L'obiettivo dell'intervista è quello di sviluppare un interesse sulla formazione all'Open Dialogue e sui risvolti importanti nella pratica della salute mentale. Le persone che avranno accesso alla Rivista non hanno, tuttavia, una sufficiente conoscenza dell'argomento, per cui vi chiederei una breve cornice su cosa è l'Open Dialogue, quali sono i paradigmi teorici che lo ispirano e gli ambiti di applicazione in Italia. Rimanderei la questione formativa, come si fa la formazione sull'Open Dialogue, magari dopo qualche esempio clinico. Vi do la parola in modo che possiate dirci ciò che a vostro avviso è più rilevante di questo approccio e quali sono le specificità dell'applicazione in Italia.

Lunardo: Facciamo un Open Dialogue sull'Open Dialogue...

Barone: Comincerei con le presentazioni. Io sono Raffaele Barone, psichiatra, gruppoanalista. Per tanti anni ho condotto gruppi a indirizzo gruppoanalitico, ma dopo una lunga formazione sul Dialogo Aperto ho deciso di introdurre nel mio servizio questo approccio di lavoro collegandolo ad altri come la Psicoanalisi multifamiliare e la comunità terapeutica democratica, considerata non come residenzialità ma come approccio alla comunità locale.

Lunardo: Io sono uno psichiatra “psicodinamicamente orientato”. Ho scelto di lavorare con Raffaele Barone nel 2015, anche per approfondire e praticare l'Open Dialogue, e sono entusiasta di quest'esperienza.

Gulino: Io sono Elisa Gulino, sono una psicologa con una formazione sistemico relazionale. Sono giunta all'Open Dialogue quando ho cominciato a collaborare con il DSM di Caltagirone, in particolare, con il progetto CCM 2014 “Il Dialogo Aperto (DA) un approccio innovativo nel trattamento delle crisi psichiatriche d'esordio – definizione e valutazione degli strumenti operativi e organizzativi per la trasferibilità del DA nei DSM italiani”, in collaborazione con il CNR. Erano coinvolti otto DSM di tutta Italia, da nord a sud. Il progetto di ricerca aveva lo scopo di verificare l'applicabilità e la trasferibilità del modello nei DSM italiani. Nel 2019, sono stata stabilizzata nella struttura sanitaria e mi occupo, fra le altre cose, di coordinare l'attività dell'Open Dialogue nel nostro modulo dipartimentale.

Barone: L'Open Dialogue nasce nella Lapponia occidentale, negli anni '80, per fronteggiare i numerosissimi casi di esordi psicotici. Nasce come approccio per aiutare le persone e i loro familiari a sentirsi ascoltate, rispettate e valorizzate.

I paradigmi teorici che lo ispirano sono in primo luogo la terapia sistemico-relazionale. Infatti, tutti gli operatori dell'ospedale Keropudas di Tornio erano già formati a quest'approccio e la *Need-Adapted Treatment*, il Trattamento adattato al bisogno, di stampo finlandese, ideato dal professore Yrjo Alanen. Tale approccio sottolinea che ogni processo di trattamento è unico e dovrebbe venire adattato ai bisogni variabili di ciascun paziente. Inoltre, il trattamento adattato al bisogno mette in risalto lo spostamento verso un modello di cura più ottimista che impara a lavorare con le risorse psicologiche proprie di ogni paziente con problemi psicotici.

A Caltagirone, abbiamo iniziato in due a fare la formazione con i colleghi finlandesi, insieme ai colleghi di diverse città italiane: Savona, Torino, Roma, Modena, Trieste, Catania. La formazione è durata due anni e con questi colleghi italiani, recentemente, abbiamo fondato un'associazione di Dialogo Aperto, finalizzata a promuovere il Dialogo Aperto in salute mentale, ma anche le altre pratiche dialogiche negli enti locali, nelle scuole e nella comunità locale.

Inizialmente abbiamo deciso di partecipare a questo progetto di ricerca perché ci siamo resi conto che questo approccio funziona innanzitutto dal punto di vista clinico e, inoltre, perché tende a valorizzare le risorse positive e propositive della famiglia e della rete sociale. Infatti, durante la formazione ho osservato come i formatori finlandesi tendevano a punteggiare e valorizzare la positività di tutti i componenti come chiave di lettura dei processi relazionali. In realtà, colui che porta il sintomo offre alla famiglia e alla rete sociale la possibilità e l'opportunità di un cambiamento relazionale che riguarda ogni singolo partecipante. Per esempio, proprio oggi, durante un incontro di Dialogo Aperto, attraverso un ascolto responsivo, attento alle parole dei partecipanti, abbiamo punteggiato tutti gli aspetti positivi che vedevamo nella famiglia e, alla fine del meeting, la famiglia ci ha ringraziato perché si sono sentiti valorizzati e profondamente ascoltati. Questo è ciò che avviene alla fine di ogni incontro di Dialogo Aperto.

La dott.sa Gulino ha censito duecento famiglie trattate con quest'approccio e nessuno delle persone con esordio psicotico si trova in atto ricoverato in strutture residenziali, né sanitarie né sociosanitarie. Sono diminuiti i TSO e i ricoveri ospedalieri, solo rari episodi di revolving door in SPDC. Vivono a casa loro, continuano le loro attività di studio o lavoro, mantengono la loro vita sociale. Tutti aspetti che spesso la grave patologia mentale mette in crisi. Inoltre, raramente assumono farmaci e, laddove li prendono sono a basso

dosaggio, l'assunzione avviene per brevi periodi. Recentemente, ci siamo resi conto che stanno diminuendo le forme di esordio psicotico tradizionali e stanno emergendo nuove forme di psicopatologia, come gravi disturbi della personalità, disturbi alimentari, dipendenze da sostanze, tentativi di suicidio. Per queste forme di malessere stiamo utilizzando sistematicamente il Dialogo Aperto.

L'efficacia è dimostrata dalle ricerche internazionali dei finlandesi. Il nostro compito è applicare correttamente e profondamente i principi che loro hanno maturato in trent'anni di applicazione e di ricerca. Infatti, attraverso la ricerca, hanno capito cosa funziona e hanno individuato sette principi e dodici elementi chiave.

I sette principi del Dialogo Aperto sono:

1. *Aiuto immediato*: il modo migliore per iniziare un trattamento dopo una crisi è agire immediatamente e non, ad esempio, aspettare che il paziente affetto da patologia psicotica diventi più coerente nelle espressioni, prima di tenere un incontro familiare.
Nei primi due giorni di una crisi, sembra possibile parlare di cose che in seguito sono difficili da introdurre. È come se la finestra su queste esperienze estreme restasse aperta soltanto per i primi, pochi giorni.
2. *Prospettiva di rete sociale*: il paziente, la sua famiglia e gli altri membri importanti della sua rete sociale sono sempre invitati ai primi incontri per mettere in moto l'intervento di aiuto per lui e per la famiglia. La prospettiva di rete sociale sposta l'attenzione verso la rete personale dell'utente, che può includere tutte le persone significative, indipendentemente che siano persone della famiglia o no.
3. *Flessibilità e mobilità*: la flessibilità si ottiene adattando il trattamento ai bisogni specifici e mutevoli di ogni caso. Il luogo dell'incontro dovrebbe essere preferibilmente a domicilio, ma in ogni caso scelto insieme. È necessario, ad esempio, adattare il linguaggio, lo stile di vita, la durata del trattamento.
4. *Responsabilità*: organizzare un servizio di crisi è difficile se i professionisti coinvolti non si impegnano tutti a offrire una risposta immediata. Una buona regola empirica è seguire il principio che chiunque sia contattato si assume la responsabilità di organizzare il primo incontro e di invitare l'équipe. Nel DSM di Caltagirone, ci siamo organizzati strutturando équipe territoriali.
5. *Continuità psicologica*: l'équipe si assume la responsabilità del trattamento per tutto il tempo necessario sia in regime ospedaliero, sia in regime ambulatoriale.
6. *Tolleranza dell'incertezza*: il primo compito dei professionisti, durante una crisi, è di aumentare la sicurezza della situazione. L'obiettivo

principale è mobilitare le risorse psicologiche tanto del paziente quanto delle persone a lui o a lei vicine, in modo da aumentare la loro capacità di agire nella propria vita. Aumentare la sicurezza vuol dire fare in modo che nella conversazione terapeutica ogni persona venga ascoltata.

7. *Dialogo e polifonia*: l'attenzione si concentra in primo luogo sulla promozione del dialogo. Il dialogo è visto come un *forum*, uno spazio aperto di discussione, attraverso cui le famiglie e i pazienti sono in grado di acquisire più capacità di azione nella loro vita discutendo i loro problemi. Nello spazio che si crea tra i partecipanti alla conversazione si generano già nuovi significati.

I dodici elementi chiave sono:

- 1) *Due o più terapeuti nella riunione d'équipe*: il lavoro d'équipe è essenziale per rispondere efficacemente a crisi gravi, acute.
- 2) *Partecipazione di familiari e rete sociale*: agli incontri vengono invitati i familiari o i membri della rete sociale connotati come risorse insostituibili. Si ricordi che la cornice di riferimento è che i clienti e i loro familiari sono "responsabili" del cambiamento, sono gli attori che possono plasmare il proprio destino riprendendo in mano la propria vita. Infatti, nessun operatore si presenta come il detentore della "Verità", il detentore esclusivo di un sapere che investe in modo unidirezionale la famiglia.
- 3) *Usare domande aperte*: le domande aperte vengono usate per coinvolgere tutti nella costruzione dei dialoghi. È importante dare a ogni partecipante la possibilità di esprimere le proprie idee, anche se non si costringe nessuno a parlare. Inoltre, sono i clienti a decidere come usare il tempo a loro disposizione, non sono i professionisti che decidono di cosa parlare.
- 4) *Rispondere alle cose dette dal cliente*: il terapeuta risponde alle cose dette dai clienti usando le loro stesse parole, impegnandosi nell'ascolto responsivo, sintonizzandosi con le comunicazioni non verbali, permette e tollera i silenzi.
- 5) *Enfatizzare il momento*: quello che si enfatizza è il momento presente, poiché il cambiamento avviene nel "qui e ora".
- 6) *Sollecitare punti di vista molteplici*: l'approccio dialogico mira a un confronto, a uno scambio creativo di molteplici voci e punti di vista. La polifonia ha due distinte dimensioni: *la polifonia esteriore*, nella quale il terapeuta coinvolge tutti nel colloquio, incoraggiando tutte le voci a farsi sentire e rispettare e *la polifonia interiore*, esponendo chiaramente il proprio punto di vista e la propria esperienza in maniera complessa. Il terapeuta può anche informarsi dei membri assenti e ciò può favorire l'emergere della polifonia interiore.
- 7) *Uso di un focus relazionale nel dialogo attraverso l'uso di domande circolari*: le domande sono poste per definire meglio i rapporti all'interno e

all'esterno della famiglia, per esplicitare il contesto relazionale nel quale si origina il problema o il sintomo. Tali domande, definite "domande relazionali", non vengono proposte come parte di un metodo strutturato, bensì come un modo creativo per aprire la comunicazione, evidenziando le possibili risonanze, le nuove prospettive e le alternative presenti.

- 8) *Rispondere ai problemi dialogici e comportamentali con uno stile concreto e attento ai significati*: nella pratica dialogica si enfatizza la "normalizzazione del discorso". Infatti, il terapeuta si sforza di commentare e rispondere a ciò che viene narrato circa i sintomi o il comportamento problematico considerando tali reazioni come "naturali" in risposta a una situazione difficile.
- 9) *Enfatizzare le parole usate dal cliente e le sue storie, non i sintomi*: nel Dialogo Aperto si raccontano gli eventi della vita di una persona, le sue esperienze, i suoi pensieri e le sue emozioni, non i sintomi.
- 10) *Conversazioni tra professionisti (riflessioni) nelle riunioni di cura*: i professionisti riflettono sulle idee, immagini, emozioni e possibili associazioni d'idee che sorgono nelle loro menti e nei loro cuori al fine di creare uno spazio durante il quale i terapeuti possono ascoltarsi a vicenda e avere accesso ai propri dialoghi interiori. Tutto ciò avviene in presenza della famiglia che viene invitata ad ascoltare e a non intervenire.
- 11) *Essere trasparenti*: ogni partecipante all'incontro di gruppo è coinvolto in egual modo in tutte le discussioni che vengono affrontate. In buona sostanza, il discorso sulla cura è condiviso con tutti i partecipanti, ivi compreso, se necessario, il trattamento farmacologico. Infatti, quest'ultimo viene considerato come una delle possibili traiettorie dei percorsi di cura. Tamponare il sintomo, soffocare le voci e amputare l'esperienza psicotica non sono più concepiti come l'obiettivo prioritario.
- 12) *Tollerare l'incertezza*: la crisi va compresa con la partecipazione di tutti (polifonia). Non è un evento bizzarro, bensì la risposta naturale a una situazione difficile. Per affrontare tale crisi i terapeuti devono tenere a mente che devono comportarsi in modo da aumentare il senso di sicurezza tra i familiari e il resto della rete sociale. È importante stabilire un contatto con ciascuna persona sin dal primo incontro, riconoscere e legittimare la sua partecipazione. Ciò comporta una riduzione dell'ansia, aumenta la connessione e conseguentemente il senso di sicurezza.

L'altro aspetto che funziona di quest'approccio ha a che fare con il clima relazionale e organizzativo che si crea dentro al servizio. La formazione di base e continua ha lo scopo di supportare gli operatori sia dal punto di vista emotivo, sia relazionale con i colleghi. Ci si sostiene emotivamente a vicenda e, quando emergono dei conflitti, questi diventano un'occasione di approfondimento e supplemento dialogico in cui viene confermato il principio che

tutte le opinioni sono importanti. Non si è alla ricerca di chi ha torto e di chi ha ragione, ma della condivisione della responsabilità.

Per le ragioni elencate, l'Open Dialogue è efficace nel creare un clima positivo nel servizio in cui si opera.

Il gradimento dei familiari e la soddisfazione di avere ben operato restituiscono agli operatori lo stesso vissuto che si respira nello spogliatoio di una squadra dopo la vittoria in una partita. Ci si vuole più bene e si sviluppa fiducia nel gruppo di lavoro e nei singoli professionisti. Diversamente, se si perde sempre, cominciano i problemi. Il senso di frustrazione e l'accentuazione dei contrasti interni incidono negativamente sul clima del gruppo di lavoro.

Gulino: Io pensavo, mentre sentivo parlare Raffaele, alla storia del Dialogo Aperto. Nasce negli anni '90 in Finlandia proprio per fronteggiare gli esordi psicotici. La rivoluzione del Dialogo Aperto è che non è un metodo, ma un approccio e uno stile di vita.

Lunardo: Non è una psicoterapia per definizione, così come ribadito dai fondatori di questo approccio.

Gulino: Questo approccio, nato per la gestione degli esordi dei disturbi psicotici, è stato poi allargato ad altre patologie, come quelli dei disturbi alimentari. Anche noi abbiamo cominciato a estenderne l'applicazione.

La cosa sconvolgente è proprio vedere i giovani che dopo l'esordio psicotico ritornano alla loro vita normale. Talvolta, bastano anche due incontri, come nel caso recente di un ragazzo. In due incontri, abbiamo costruito un senso intorno a quella crisi e poi la famiglia ha messo in campo le proprie risorse per trovare le loro soluzioni.

Lunardo: Mi sembra di capire che l'esigenza è quella di capire cos'è l'Open Dialogue. Intanto, precisiamo che i terapeuti non devono essere necessariamente psicologi o psichiatri, ma anche figure diverse, ovviamente adeguatamente formate.

È necessario essere più di due durante gli incontri, in quanto il team riflessivo discute davanti ai pazienti. Questa è un'altra novità rispetto a ciò che viene definito psicoterapia. Un aspetto centrale è quello di non fornire risposte tecnico-specialistiche, ma di creare dialoghi, dei ponti di significato tollerando l'incertezza. L'obiettivo non è trovare una soluzione, ma consentire il normale fluire del dialogo e la ricerca di senso implicito nell'emergere della crisi.

Sordano: Puoi fare qualche piccolo esempio?

Lunardo: Le prime domande che la famiglia di un paziente generalmente pone sono: “Dottore, lui ha questo sintomo. Cosa dobbiamo fare? Qual è la ricetta?”. Noi cerchiamo di far emergere la comunicazione nel sintomo.

Barone: L’incontro della durata media di circa due ore è caratterizzato da una comunicazione polifonica. Provo a descrivere un incontro tipo. Già la richiesta di aiuto viene recepita come l’inizio di una comunicazione dialogica. Alla famiglia viene risposto che ha chiamato al posto giusto. Ci si accorda dove effettuare l’incontro, che può essere fatto a domicilio o al centro di Salute Mentale. Alcune volte può essere effettuato in SPDC, al Pronto Soccorso o in altri luoghi della comunità locale. L’approccio mira a coinvolgere tutta la famiglia e la rete sociale. Possono partecipare tutte le persone importanti che la famiglia decide di invitare. Ci siamo ritrovati a fare il Dialogo Aperto con il medico di famiglia, piuttosto che con il vigile urbano o il Carabiniere, con le suore scalze o il prete, con l’allenatore e, spesso, con la rete amicale. Il secondo incontro avviene quando decidono loro in accordo con le nostre possibilità. Può essere il giorno dopo o dopo un mese. Nel primo incontro, definiamo la cornice di lavoro, come ad esempio che non parleremo mai in loro assenza, ma solo davanti a loro. Questo è molto importante. Specificiamo chi siamo presentandoci e chiedendo loro di presentarsi. Oggi, ad esempio, eravamo in cinque. Possiamo essere tre, quattro, minimo due. Spieghiamo come si svolgerà l’incontro: prima fase colloquio con la famiglia e rete sociale, successivamente riflessione del team e, infine, la loro riflessione sulle riflessioni del team riflessivo. La prima domanda che facciamo è: “Chi si sente di fare la storia dell’idea perché siamo qui”. Dal secondo incontro la prima domanda è: “Come volete utilizzare il tempo di questo incontro?”.

Il setting viene creato dove ci si vede. Ci si siede a cerchio, o semicerchio. All’interno del cerchio rimangono i due conduttori, mentre il team riflessivo rimane alle spalle. L’essere nel cerchio è funzionale a gestire il processo di alleanza che si può creare tra i partecipanti.

Un aspetto centrale nella conduzione del Dialogo Aperto è tenere il discorso sul “qui e ora” del presente. Ad esempio, se un padre è arrabbiato con il figlio perché ha attuato un comportamento irresponsabile, come assumere cocaina, noi chiediamo: “Ma lei cosa vuole dire ora a suo figlio?”, ovviamente dopo un rispecchiamento empatico sul suo disagio. Ebbene, quel padre può dire: “Mio figlio è la mia vita”. Poi chiediamo al figlio: “Cosa ne pensi di quello che ha detto tuo padre, tua madre?” e il figlio può rispondere: “Anche io gli voglio bene!”. Oggi, la madre della ragazza con disturbo alimentare ha detto: “Io credo in mia figlia”.

Il *qui e ora* cambia le prospettive di senso. Il nostro lavoro è come quello del cardiologo nell' emodinamica: scoagulare il sangue liberandone il circolo. La famiglia, come per il cuore, poi riprende a funzionare naturalmente. Ovviamente più in fretta arrivi, meno danno si produce nel cuore. È importante la precocità dell' intervento. Per questo motivo, il team deve essere flessibile. Ci si chiede chi è disponibile e poi andiamo a fare l' Open Dialogue. Si parte volentieri a differenza delle situazioni precedenti, nelle quali la richiesta di visita domiciliare per una crisi psicotica in atto attivava un clima di pesantezza per i rischi connessi al dover ricorrere a un TSO.

Un altro aspetto importante è la *polifonia*. Tutti i membri della famiglia possono dire quello che sentono di dire. Le parole sono una cosa preziosa. Più l' intervento è precoce, più le parole hanno una efficacia trasformativa. In particolare, bisogna prestare attenzione e utilizzare le parole del paziente designato e di tutti i partecipanti. Le parole vengono ascoltate e valorizzate, e sono preziose in quanto sono indicatori di una via di comunicazione e di uscita dalla crisi e non un delirio o un' allucinazione. Non a caso gli aspetti traumatici emergono già al primo incontro.

La sofferenza in quel momento riguarda tutti, non solo chi esprime un sintomo. Abbiamo imparato che il portatore del sintomo va ringraziato in quanto offre alla famiglia l' opportunità in un cambiamento che riguarda la vita di tutti. Se la famiglia comincia a sviluppare un dialogo tra i suoi membri, si parlano tra di loro, già si è sulla strada della risoluzione della crisi. La crisi psicotica è l' interruzione del dialogo.

Poi, quando il team riflessivo esprime le proprie emozioni, sensazioni, attraverso l' assunzione di una posizione meditativa, cioè ascoltando il proprio corpo, il proprio respiro nel sentire le parole che sono state pronunciate dalla famiglia, o osservando il loro non verbale e le restituisce, recuperando le parole dette, si entra in una profonda risonanza emotiva. Questo crea qualcosa di magico. Se l' operatore raccoglie le parole e poi le rilancia con una risonanza emotiva, questo attiva un processo trasformativo. Per questo è importante la formazione. La formazione allena a cogliere le sfumature. Oggi, nel caso che abbiamo trattato, sentivamo tutti un peso nella pancia e non era un caso: era una situazione di disturbo alimentare.

È importante che le domande siano sempre aperte, in modo che il dialogo si dipani. Non vengono date interpretazioni e non vengono prese decisioni dai terapeuti. La responsabilità della decisione è della famiglia, anche se noi possiamo presentare le nostre preoccupazioni.

Lo stesso approccio lo utilizziamo nella intervizione. Ad esempio, oggi, un collega ci ha parlato delle sue preoccupazioni rispetto a un paziente che ha tentato il suicidio. Lo abbiamo supportato esplicitando le nostre preoccupazioni e creando un clima di collaborazione, affinché il collega non si

sentisse mai solo, ma supportato dal gruppo di lavoro. È importante che le domande aperte partano dalle parole del cliente.

Il termine Dialogo Aperto parte dal concetto filosofico di fondo che l'altro è irraggiungibile.

Gulino: Esatto. Il concetto filosofico di fondo è che l'altro non lo possiamo mai conoscere fino in fondo. In genere, tendiamo a dare per scontata la comprensione di una parola, ma è meglio chiedere all'altro in che senso stai esprimendo questo. L'obiettivo è approfondire il significato di ciò che la persona sta dicendo. L'altra volta abbiamo fatto, all'interno di un corso, un'esercitazione. Chiedevamo alle persone di dare una definizione della parola fiducia. Dopo il primo giro, abbiamo fatto nuovamente la stessa domanda e, man mano che le risposte aumentavano e si ridefinivano, il senso della fiducia assumeva un significato più profondo.

Questa evoluzione della valenza di una parola deriva proprio da questo concetto che l'altro non lo possiamo mai conoscere fino in fondo.

La formazione mira all'ascolto responsivo. La disponibilità dell'ascolto va a 360 gradi. Il restituire le loro parole va nella direzione di questo messaggio.

Barone: L'ascolto è finalizzato a valorizzare la famiglia. L'incontro finisce quando possiamo chiedere: "Ci sono ancora cose da aggiungere?". Spesso la prima domanda che una famiglia fa è: "Qual è la diagnosi di mia figlia?" e scopriamo che la famiglia ne dispone diverse. È qui che si avvia l'Open Dialogue. L'incontro finisce sempre con la domanda: "Quando ci vediamo?", sempre cioè con un nuovo appuntamento, capace di dare una *continuità psicologica*. Una volta un giovane che voleva suicidarsi, quando ha visto che ci siamo presentati in nove, si è stupito e ha commentato con gratitudine: "Nove persone tutte per me? Quanto onore". Adesso il giovane è sposato, ha un figlio e lavora.

Sordano: Nel sentirvi parlare mi colpisce la flessibilità del modello organizzativo, molto diverso dall'assetto gerarchico e burocratizzato dei servizi di Salute Mentale oggi.

Barone: Questo è uno degli aspetti che abbiamo affrontato con i colleghi finlandesi, quando ci chiedevamo se in Italia il loro modello era utilizzabile. Qui a Caltagirone è stato di grande aiuto il fatto che chi proponeva questo cambiamento ero io, ovvero il primario.

Uno dei sette principi del Dialogo Aperto è *la mobilità e la flessibilità*. La flessibilità deve essere organizzativa, dei turni di lavoro, ad esempio, ma anche flessibilità emotiva, relazionale, gerarchica, professionale. Non c'è un

ordine gerarchico in chi conduce l'incontro e chi fa il team riflessivo. Partecipa agli incontri chi si sente di essere coinvolto. Nessuno è obbligato e si decide nel momento presente con estrema flessibilità. Noi utilizziamo i *facilitatori sociali*, ossia *pazienti esperti* che vengono con noi nel dialogo con la famiglia. Loro entrano nel cuore delle questioni, perché le hanno vissute. Partecipano agli incontri di Dialogo Aperto anche colleghi non strutturati nel servizio, ma formati da noi come assistenti sociali, psicologi, giovani psichiatri e operatori delle cooperative e degli enti locali e/o tirocinanti in formazione con noi. Hanno partecipato anche colleghi in formazione fuori dall'Italia, una psichiatra in formazione a Londra e che lavora nei servizi di Salute Mentale di Copenaghen, una psicologa giapponese, specializzanti psichiatri della scuola dell'Università di Napoli e Genova.

In sei anni, raramente siamo ricorsi a ordini di servizio sugli aspetti organizzativi. Ci mettiamo a cerchio e ne discutiamo. L'aspetto organizzativo si basa su questo approccio. Uno dei nodi che investe il servizio è, in genere, la responsabilità nell'evitare un TSO. Ma la responsabilità è condivisa con la famiglia, la rete sociale, non è solo degli operatori.

Uno dei rischi è quello di non applicare in maniera corretta il modello. Proprio per questa consapevolezza, ogni quindici giorni, ci confrontiamo, talvolta anche con colleghi di altre città e regioni. I colleghi di Padova, qualche volta, hanno partecipato condividendo questa domanda: "Stiamo applicando il Dialogo Aperto in maniera corretta?"

La formazione continua è necessaria, oltre quella basica. Ci siamo chiesti cos'è la trasparenza, cosa vuol dire essere trasparenti con la famiglia o tra di noi. Non diamo nulla per scontato. Quando fai il team riflessivo, si sta molto attenti agli aspetti non verbali. Una volta un suocero e la figlia dichiaravano costantemente che non volevano più il genero-marito in casa, ne chiedevano l'allontanamento, ma io sentivo che il loro tono era amorevole. Io ho verbalizzato questa percezione di discordanza, alla fine il suocero disse che il genero era per lui come un figlio e sono tornati a casa insieme.

Nella formazione, inoltre, usiamo molto la mindfulness relazionale e della consapevolezza. Tutti i colleghi in formazione effettuano il loro genogramma familiare con modalità dialogica. Come è evidente, da quanto detto, la formazione è continua e coinvolge oltre a tutti i colleghi del DSM pure gli operatori dei servizi sociosanitari, del privato sociale, degli enti locali e del mondo della scuola.

Sordano: Un'ultima domanda. Parlate di due gruppi che si incontrano: la famiglia e il team. Mi sembra di cogliere una differenza sostanziale però tra l'apprendimento alla conduzione di un gruppo di psicoterapia e quello dell'Open Dialogue. Ci aiutate a capire la differenza?

Barone: Nella formazione alla conduzione di un gruppo psicoterapeutico, l'allievo diventa sempre più un esperto specialista che applica una tecnica per curare una malattia. Nelle pratiche dialogiche, l'acquisizione di competenza non consiste nel diventare un esperto, ma nel non essere esperto, nell'essere umanamente coinvolto, attento all'ascolto responsivo e con uno stile di lavoro fondato sulla disponibilità a valorizzare i familiari e i colleghi. L'operatore deve essere aperto all'ascolto del battito del proprio cuore e al ritmo del proprio respiro nell'incontro, nel momento presente con la famiglia e la rete sociale, disponibile a mettere in gioco le proprie emozioni con atteggiamento compassionevole. Deve essere attento non alla malattia ma alla storia delle persone, valorizzando le competenze e le potenzialità dei clienti, senza avere una meta prefissata, come la guarigione o il miglioramento sintomatico, ma essere aperto al dialogo, tollerando l'incertezza di ciò che avviene nel momento presente, partecipe con tutto il suo essere emotivo, professionale, personale, immaginativo e capace di mettere in gioco, se utile ai clienti, anche la propria storia personale.

Un'altra differenza è che nel Dialogo Aperto il conduttore dell'incontro di fatto è un facilitatore del dialogo relazionale, non ha compiti di interpretazione, non indica possibili soluzioni specialistiche, ma esprime le proprie preoccupazioni con trasparenza.

Può condurre un incontro qualsiasi figura professionale adeguatamente formata (psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere professionale, esperto per esperienza, tecnico della riabilitazione, educatore). Potremmo continuare, ma sarebbe utile aprire un dialogo con tutti i lettori di questa intervista per un confronto, senza cercare da che parte sta la verità o il meglio. L'apprendimento e la crescita reciproca stanno proprio nel Dialogo Aperto, tollerando l'incertezza del non sapere mai dove il dialogo ci porta.

Le pratiche dialogiche sono tre: *il Dialogo Aperto* utilizzato soprattutto nella clinica; *i dialoghi anticipatori del futuro*, utilizzati nei sistemi sociosanitari, e *il time out* nell'affrontare una tematica specifica nella comunità.

Il Dialogo Aperto opera nel qui e ora. Nel dialogo del *futuro positivo*, si lavora per lo sviluppo di un processo anticipatorio dialogando su un futuro nel quale le preoccupazioni si sono attenuate o si sono risolte positivamente.

Talvolta, il dialogo sul futuro positivo viene utilizzato nelle situazioni sociali ed esistenziali in stallo, nelle quali sono coinvolte diverse istituzioni che hanno difficoltà di collaborazione e di comunicazione. Reti complesse di servizi, come quella che comprende il tribunale, il servizio sociale, la salute mentale, la comunità terapeutica e così via. In questo secondo caso, gli operatori assumono il ruolo di facilitatori, il cui unico obiettivo è favorire il dialogo del gruppo con una prospettiva già definita positiva.

Il *time out* è un nuovo modo per generare discussioni costruttive con persone di diverso background. Si può usare ogni volta in cui è richiesta una comprensione più approfondita per affrontare una difficoltà o sia richiesto un incontro fra pari. In pratica, l'incontro viene condotto da un facilitatore la cui funzione è di facilitare il dialogo all'interno del gruppo, presentando le regole del time out, favorendo il sintonizzarsi del gruppo al tema della conversazione, l'approfondimento della tematica e la conclusione con formulazione dell'eventuale seguito. Il facilitatore, adeguatamente formato, dispone di carte che lo guidano nel percorso della conduzione del gruppo.

Sordano: In tal caso il conduttore è un mediatore, come sottolineato da Foulkes.

Barone: Sì, effettivamente il facilitatore del gruppo ha la funzione di mediazione e di promozione del dialogo per favorire la comunicazione finalizzata a far emergere la polifonia del gruppo e, nei dialoghi anticipatori e nel time out, il raggiungimento di obiettivi che il gruppo si era dato. Ad esempio, usando la metodologia del time out, nell'arco di soli tre incontri di tre ore ciascuno, abbiamo fondato un Comitato zonale la cui costituzione si protraeva da tempo.

Sordano: L'Open Dialogue dovrebbe essere utilizzato nei servizi per l'età evolutiva, proprio perché la cura del minore investe una vasta rete di figure ed enti interagenti tra loro.

Barone: Lo stiamo facendo in maniera strategica, in collaborazione con la NPI e il Serd, data l'emergenza attuale che coinvolge gli adolescenti, rilevando l'efficacia dell'approccio flessibile, multiprofessionale, multi-istituzionale, che permette di coinvolgere la famiglia e la rete sociale.

Silvestri: Sono molto ammirato e perplesso. State proponendo un nuovo modello culturale. Modello che condivido, ma faccio fatica a comprendere come innescare questa trasformazione culturale. Io sono un libero professionista, ma vedo i colleghi che lavorano nel pubblico, che lottano con vincoli amministrativi molto rigidi. Per le amministrazioni leghiste, ad esempio, l'alterità è una parolaccia.

Barone: Importante è la formazione continua e propositiva, che valorizza i colleghi, sia come professionisti, sia come persone. La crisi dei Servizi pubblici di Salute Mentale impone una nuova visione improntata al benessere mentale attraverso la dialogicità, le pratiche democratiche, oserei dire la

gentilezza. Questo è possibile, anche in territori difficili e ostili, attraverso una leadership chiara e condivisa. La formazione struttura uno stile di vita.

Silvestri: Io rimango perplesso sulla possibilità di sensibilizzare i politici, ma forse necessito anch'io di una seduta di Open Dialogue.

Gulino: Penso che la vera sfida si giochi all'interno del territorio, attraverso un lavoro di co-progettazione e co-produzione insieme agli attori della comunità locale, spostando l'attenzione dalla "patogenesi" alla "salutogenesi".

Barone: Stiamo portando avanti l'Open Dialogue in una terra di mafia, altro che leghisti... La nostra strategia è dialogica con gli amministratori locali, con gli enti del Terzo Settore, i dirigenti scolastici, il mondo delle associazioni e della produzione, la magistratura e le forze dell'ordine. L'aspetto cruciale è non muoversi da soli.

Sordano: In apertura dell'intervista avete sottolineato l'importanza della ricerca per la sistematizzazione del metodo. Voi state facendo qualche ricerca sul vostro lavoro, per valorizzarlo o connetterlo a quello di altri?

Barone: Abbiamo scritto un libro: *Benessere mentale di comunità. Teorie e pratiche dialogiche e democratiche*, frutto di un lavoro di gruppo, nel quale sosteniamo che se questa metodologia ha potuto realizzarsi a Caltagirone, può insediarsi anche in altri contesti istituzionali. Nel libro, ci sono i dati e risultati, esito dell'integrazione di questo approccio con la psicoanalisi multifamiliare e le comunità terapeutiche democratiche.

Abbiamo un monitoraggio costante dei casi trattati in Dialogo Aperto attraverso la cartella informatizzata. È interessante anche una ricerca dell'Università Bicocca di Milano, che ha rilevato dati positivi sul gradimento degli utenti sul tipo di servizi pensati come comunità terapeutica democratica.

Silvestri: Ci stiamo avviando alla conclusione e in chiusura vorrei chiedere come le altre terapie si coordinano con questo approccio?

Barone: Non c'è antitesi. Il Dialogo Aperto si integra benissimo con la psicoterapia individuale e di gruppo, con l'approccio psicofarmacologico e, se necessario, anche col ricovero ospedaliero e con altri orientamenti.

Avviandoci alla conclusione, non siamo polifonici se non sentiamo anche Alessandra...

Furin: Ho partecipato perché ero curiosa. Sono affascinata da questo concetto del passaggio dalla parola agita a parola che rappresenta. Mi piace questa attenzione alla speranza, alla fiducia, alla collaborazione. In genere, ci occupiamo degli aspetti negativi legati alla sofferenza, perdendo di vista le risorse. Questo incontro ha focalizzato il mio sguardo sulle cose positive da valorizzare.

Riferimenti bibliografici

- Arnkil T.E. e Seikkula, J. (2013). *Metodi dialogici nel lavoro di rete*. Trento: Erickson.
- Barone R., Morretta A. e Gulino E. (2017). Open Dialogue. Un intervento innovativo con la famiglia e la rete sociale nel Dipartimento di Salute Mentale di Caltagirone-Palagonia. *Nuova rassegna di studi psichiatrici*, 14. Testo disponibile al sito: <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-14/open-dialogue-intervento-innovativo-famiglia-rete-sociale-salute-mentale-caltagirone-palagonia>
- Barone R., a cura di (2020). *Benessere mentale di comunità. Teorie e pratiche dialogiche e democratiche*. Milano: FrancoAngeli.
- Kabat-Zinn J. (1990). *Vivere momento per momento*. Milano: Corbaccio Ed., 2021.
- Olson M., Seikkula J. e Ziedonis D. (2014). Gli elementi chiave della pratica dialogica nel Dialogo Aperto: criteri di fedeltà. Testo disponibile al sito: <https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/key-elements-italian.pdf>
- Razzaque R. (2021) *Psichiatria dialogica: Una guida per l'insegnamento e la pratica del Dialogo Aperto*. Kindle Scribe. Omni House Press.
- Seikkula J. (2014). *Il Dialogo Aperto. L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Roma: Giovanni Fioriti Ed.