

Psicologi & Psicologia in Sicilia

anno XI - n. 7 - Giu. 08

Poste Italiane - Spedizione in a.p. - ART. 2 comma 20/C Legge 662/96 DCB Sicilia 2003



Giornale dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia



Caselle Postali Elettroniche di Servizio del nostro Ordine

E-mail ufficiale dell'Ordine: sede@opr.s.it

Per il Presidente: presidente@opr.s.it

Per il Vicepresidente: vicepresidente@opr.s.it

Per il Consigliere Segretario: segretario@opr.s.it

Per il Consigliere Tesoriere: tesoriere@opr.s.it

Per quanto riguarda il dominio@opr.s.it: postmaster@opr.s.it

Per quel che riguarda il sito web: webmaster@opr.s.it

Per comunicare col comitato di redazione: redazione@opr.s.it

Per inoltrare un proprio contributo alla lista sperimentale:

list@opr.s.it

Per chiedere di essere aggiunti alla lista sperimentale:

list-master@opr.s.it

La lista sperimentale viene utilizzata per diffondere in tempi ridotti informazioni di interesse generale per la nostra categoria, in genere si tratta di incontri, convegni, congressi, seminari.





ANNO 11° - NUMERO 7

Aut. Trib. di Palermo, n° 29/98
del 17/19-11-1998

REDAZIONE:

Viale Francesco Scaduto, 10/B
90144 Palermo
Tel. 091 6256708 - 840500290
Fax 091 7301854
www.oprs.it
e-mail: redazione@oprs.it

DIRETTORE RESPONSABILE

Fulvio Giardina

COORDINAMENTO EDITORIALE

Roberto Pagano

COMITATO DI REDAZIONE

Ilenia Adamo, Paolo Bozzaro,
Claudio Casiglia, Sebastiano Ciavarella,
Maurizio Cuffaro

CHIUSO IN REDAZIONE

il 30-07-2008

IMMAGINE DI COPERTINA

Per gentile concessione dell'autore
Michele Ciacciofera
"Serre ad Isola"
(2004, olio su carta, cm 42x59)

GRAFICA & IMPAGINAZIONE

We-group
Sede legale: via G. Patanè, 13/A
95100 Catania
Tel. 095 503584 - Fax 095 437657
www.wegroupsrl.com
e-mail: grafica@wegroupsrl.com

STAMPA

i-work s.r.l.

Sommario

Focus

Innovazione e Creatività nella professione pag. 4

Iniziative dell'Ordine

- Psicologia e Sicurezza Stradale pag. 6
- Seminario di presentazione della ricerca:
concretezza nell'immateriale pag. 7
- Elenco degli psicologi dell'emergenza pag. 8
- S.O.S. psicologico:
il primo intervento della task force siciliana pag. 9
- La mia esperienza di psicologa dell'emergenza pag. 10
- Gruppo di lavoro "Professione e politiche sociali"
Legge 328/00 e professioni sociali in Sicilia:
un contributo di ricerca pag. 12
- Attività psicologiche e consultorie familiari in Sicilia pag. 26

La professione

- Dal disagio al senso della vita pag. 30
- Psicologi assistenti alla sofferenza adolescenziale pag. 34
- L'affidamento familiare: Lavorare nella complessità pag. 37
- Abitare la città tra architetture ed emozioni pag. 38
- Quella voce da dentro pag. 40

Recensioni

- Educazione alla salute e costruzione di senso pag. 42
- L'esuberanza dell'ombra pag. 42
- Dal sintomo ai processi pag. 43
- I piedi qui e gli occhi altrove pag. 43
- Sportivamente pag. 44

Aggiornamento albo

• Nuovi iscritti all'Albo Sez. A e Sez. B
dal 17/12/2007 all'19/6/2008 pag. 45



focus

di Fulvio Giardina - Presidente Ordine Regionale

Innovazione e Creatività nella professione

La competenza professionale al servizio della nostra regione

*“La professione di psicologo comprende l’uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione -riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolto alle persone, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito”
Legge n. 56 del 18/02/1989, art. 1*

Care colleghe e cari colleghi, spero che questa pausa estiva possa essere fruttuosa sia per rimettere ordine nei propri pensieri, progetti, sogni e fantasie, sia per godere del giusto riposo fisico e soprattutto mentale.

La programmazione delle attività e degli impegni professionali infatti viene determinata in questo periodo dell’anno, e quando è prodotta con una adeguata aderenza al proprio contesto, può facilitare il raggiungimento degli obiettivi posti.

La professione di ognuno di noi deve trovare ambiti applicativi non sotto la spinta della incertezza e della indeterminatezza, che a volte caratterizza la vita professionale dei giovani iscritti, ancora non ben consapevoli delle loro potenzialità.

Tante cose sono cambiate in pochissimo tempo nel nostro paese e, se da un lato assistiamo finalmente ad un prevedibile periodo di stabilità politica, dall’altro rileviamo con forte preoccupazione lo stato di grave disagio e degrado economico che coinvolge un numero sempre maggiore di cittadini, con una ricaduta negativa sulla nostra professione.

Come più volte segnalato, la stabilizzazione della professione di psicologo è l’indicatore dello stato di benessere sociale ed economico di un paese proprio perchè determina una particolare attenzione verso tutte quelle aree critiche della sviluppo e dei processi di cambiamento, che riguardano la famiglia, i minori, la scuola, l’adolescenza, ecc.

È opportuno segnalare che ancor oggi il tasso di scolarizzazione dei giovani siciliani è il più basso d’Italia, con una rilevante condizione di abbandono scolastico e di disoccupazione giovanile.

Quando si parla di “risorse strategiche” di un paese, si fa riferimento a quelle naturali, quelle del sottosuolo, trascurando il fatto che le prime risorse strategiche per lo sviluppo di un paese sono proprio i suoi cittadini, i quali - se ricchi di fiducia e di motivazioni, - possono realmente cambiare il mondo che li circonda.

Per questi motivi partecipiamo con interesse alla nuova amministrazione regionale ed auguriamo al nuovo presidente della Regione, on. Raffaele Lombardo, un buon governo, che non trascuri i più deboli e che possa creare realmente pari opportunità per tutti i siciliani.

Ci auguriamo che si dissemini fiducia e partecipazione al processo di cambiamento della nostra Regione, senso di solidarietà verso coloro che sono indietro, serenità e felicità nello stare insieme, per cancellare quella parte di cultura mafiosa, legata alla clientela, alla sottomissione culturale, all’assistenzialismo, al conflitto sociale, che purtroppo convive in ognuno di noi.

Gli psicologi siciliani, in silenzio, con quelle pochissime risorse messe a disposizione e con grande impegno personale, sono sempre in prima linea.

Sappiamo bene, care colleghe e cari colleghi, le difficoltà che molti incontrano nell’affermare la loro professionalità, spesso in contrasto o in competizione con altre, vicine alla nostra per tradizione, ma prive di alcun vincolo normativo. Il nostro Ordine vigila affinché, quando è richiesta la professionalità dello psicologo, si coinvolgano gli iscritti, i quali - in ogni caso - garantiscono non soltanto del loro possesso dei requisiti professionali, ma anche di un quadro deontologico certo.

Vi segnaliamo che abbiamo invitato numerosi dirigenti scolastici, che avevano aperto in maniera indifferenziata la selezione per cosiddetti “esperti in psicologia”, a modificare la denominazione di “esperto”, poiché - è bene ribadirlo - quando si tratta di professioni regolamentate, non può esistere in parallelo l’esperto in quella materia (in altre parole, non esiste l’esperto in medicina, in ingegneria, in legge, ecc., ma il medico, l’ingegnere, l’avvocato, ecc.), prevedendone la necessaria iscrizione all’Ordine.

Ma al di là di una mera, ma forte e decisa, difesa della professione, abbiamo sempre sollecitato nei nostri iscritti una difesa reale delle specifiche competenze professionali, che sono garanzia di una indiscussa qualità della prestazione, attraverso una elevata qualità del sapere professionale.

All’interno delle varie attività del Consiglio Nazionale del nostro Ordine è stato attivato un gruppo di lavoro sugli atti tipici della professione di psicologo. Infatti, la declaratoria dell’art. 1 della L. 56/89, pur se abbastanza chiara, appare troppo generica a distanza di venti anni.

Quali sono nella realtà professionale di ogni giorno quegli atti che sono di esclusiva pertinenza dello psicologo, quali sono gli altri che possono essere condivisi con altre

professioni? Fare chiarezza significa dare maggiore forza alla nostra professione, soprattutto quando è necessario avviare azioni di tutela giudiziaria.

Un professionista è credibile nella sua azione quando è in grado di offrire una reale competenza, attraverso anche l'uso di un proprio strumentario. Nel nostro caso, non vi è alcun dubbio che l'attività psicodiagnostica deve essere supportata da una conoscenza teorica ed applicativa dello strumentario testologico.

Non si tratta, care colleghe e cari colleghi, di condividere o meno una certa ideologia dei test quali strumenti di indagine della persona.

È bene ribadire che deve rientrare nella competenza di base di ogni psicologo la capacità di orientarsi nella selezione dello strumento diagnostico più idoneo all'uso richiesto.

E francamente, non possiamo sempre lamentarci della improvvisata, e spesso vuota, formazione accademica su

questa necessaria competenza professionale, poiché si fa obbligo al professionista il mantenimento di "un livello adeguato di preparazione professionale" (art. 5 del Codice deontologico).

La scommessa che avieremo in autunno è quella di fornire un valido contributo professionale a quelle amministrazioni che lo richiederanno, anche attraverso la finestra aperta dalla "settimana della psicologia".

Un caro saluto

Fulvio Giardina

CONSIGLIO DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE SICILIANA 2006-2010

PRESIDENTE FULVIO GIARDINA - **VICEPRESIDENTE** AMEDEO CASIGLIA
CONSIGLIERE SEGRETARIO ROBERTO PAGANO - **CONSIGLIERE TESORIERE** SERGIO AMICO
CONSIGLIERI ILENIA ADAMO, PAOLO BOZZARO, SEBASTIANO CIAVIRELLA,
 LARA COSTA (Sez. B), MAURIZIO CUFFARO, ANTONIO DE SANTIS, ANTONINO MARÙ,
 GINA MERLO, MARIA TERESA NOTO, MELITA RICCIARDI, ANTONINO SAMMARTANO

FULVIO GIARDINA	SIRACUSA	presidente@opr.it	Cell. 348 333820 Telefax 0931 702352
AMEDEO CLAUDIO CASIGLIA	PALERMO	vicepresidente@opr.it	Cell. 340 405225 Telefax 091 6517943
ROBERTO PAGANO	CATANIA	segretario@opr.it	Cell. 349 5745814 Telefax 095 7410879
SERGIO AMICO	CATANIA	tesoriere@opr.it	Cell. 348 3838121 Telefax 095 439273
ILENIA ADAMO	Piazza Armerina (EN)	ilelogos@tiscali.it	Cell. 340 8946307 Telefax 0935 1866660
PAOLO BOZZARO	CATANIA	paolo.bozzaro@tin.it	Cell. 347 4846834 Telefax 095 536082
SEBASTIANO CIAVIRELLA	MESSINA	sebastianociavirella@virgilio.it	Cell. 338 1760938 Telefax 090 712149
LARA COSTA	CATANIA	costa.lara@virgilio.it	Cell. 328 7840412
MAURIZIO CUFFARO	PALERMO	maurizio.cuffaro@cerps.it	Cell. 339 1702454 Studio 091 346931
ANTONIO DE SANTIS	TRAPANI	ninni.de.santis@libero.it	Cell. 339 1322139 Lavoro 0932 472277
ANTONINO MARÙ	RAGUSA	tomaru@alice.it	Cell. 347 2602807 Fax 0932 256855
GINA MERLO	PALERMO	ginamerlo@libero.it	Studio 091 340069
MARIA TERESA NOTO	PALERMO	notomariateresa24@yahoo.it	Cell. 338 5862168
MELITA RICCIARDI	PALERMO	melitari@libero.it	Cell. 338 8515317 www.psicomergenza.it
ANTONINO SAMMARTANO	MARSALA (TP)	ninosammartano2002@libero.it	Cell. 339 6832631

COMMISSIONE DEONTOLOGIA: Ciavirella Sebastiano (Coord.)

COMITATO DI REDAZIONE

Pagano Roberto (Coord.), Adamo Ilenia, Bozzaro Paolo, Casiglia Claudio, Ciavirella Sebastiano, Cuffaro Maurizio

AREA FUNZIONALE (organizzazione e servizi): Casiglia Claudio (Coord.)

Ufficio acquisti e contratti: Amico Sergio (Coord.)

AREA FUNZIONALE (professione e lavoro): Bozzaro Paolo (Coord.)

Osservatorio sulla professione: Bozzaro Paolo (Coord.)



iniziative dell'Ordine

Psicologia e Sicurezza Stradale

Melita Ricciardi - consigliere

Nei mesi scorsi l'Ordine degli Psicologi della Sicilia, a seguito del "protocollo d'intesa in materia di educazione stradale e di promozione della cultura della sicurezza", stipulato tra il CN dell'Ordine degli Psicologi e la CONFEDERTAAI (confederazione titolari autoscuole), ha promosso un'iniziativa nell'ambito della sicurezza stradale.

"Psicologia e Sicurezza stradale" è il tema del seminario che si è svolto il 19 febbraio all'Astoria Palace di Palermo organizzato dall'Ordine degli Psicologi, dalla CONFEDERTAAI e dal Consorzio Nazionale Guida Difensiva.

Primo appuntamento in Italia dopo la stipula del Protocollo, il seminario ha posto l'accento sull'importanza della collaborazione tra le scuole guida e lo psicologo nell'ambito della sicurezza stradale ed ha visto la partecipazione della Polizia Stradale, dei VV.UU. e dell'Associazione Familiari e Vittime della Strada.



Il tavolo dei relatori

Gli aspetti più rilevanti di tale protocollo risiedono nella consapevolezza delle parti di ricercare essenziali forme di collaborazione, al fine di avviare percorsi formativi per gli operatori del settore con una ricaduta positiva sul piano occupazionale degli psicologi.

L'obiettivo di tale iniziativa consiste nell'attivare delle sinergie tra enti, dove si confrontino Sicurezza e Protezione consentendo di modulare meglio la risposta istituzionale e sociale alla crescente esigenza di sicurezza dei cittadini.

Attraverso tale intesa è possibile anticipare alcune possibili innovazioni normative prevedendo, come in molti altri Paesi dell'Unione Europea, la formazione e la valutazione in ambito psicologico per conseguire la patente di guida. È

stata evidenziata, infatti, la maggiore frequenza di incidenti stradali per i neopatentati (per i primi tre anni).

Tra i fattori di rischio attribuiti all'uomo e riconosciuti come più probabili cause di incidenti stradali sono individuati 4 gruppi fattoriali tra loro interconnessi: l'abilità di guida, i processi cognitivi deficitari, l'età, le caratteristiche comportamentali e personologiche.

L'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana ha istituito un gruppo di lavoro mirato alla definizione delle modalità di collaborazione degli psicologi che opereranno nelle autoscuole ed ha avviato una campagna di sensibilizzazione alla sicurezza stradale attraverso uno spot che andrà in onda sulle maggiori TV regionali.

La finalità principale dell'Ordine all'interno del Gruppo di Lavoro è l'approfondimento culturale degli aspetti psicologici in termini di prevenzione e di educazione stradale; in particolare l'individuazione delle necessità formative del cittadino in tale ambito sia ai fini di aggiornamento sia di apprendimento di nuove competenze.

L'obiettivo, pertanto, è l'acquisizione di conoscenze di base sugli aspetti psicologici e relazionali da affrontare nelle specifiche realtà urbane, allo scopo di fornire più sensibilizzazione e garantire la sicurezza dei neopatentati e la riduzione dei rischi per gli altri automobilisti.

Al fine di rendere omogeneo il lavoro che gli psicologi dovranno svolgere nel campo dell'informazione e sensibilizzazione, l'Ordine predisporrà un corso di formazione al quale potranno partecipare gli iscritti.

“È un'iniziativa - sottolinea il Presidente dell'Ordine Psicologi Regione Siciliana, dr. Fulvio Giardina - che si inserisce in un percorso che da anni l'Ordine porta avanti evidenziando il ruolo dello psicologo nella progettazione e costruzione del benessere, superando in tal modo quell'immagine che è più tradizionalmente legata alla psicopatologia”.



Il pubblico dei partecipanti



Seminario di presentazione della ricerca:

CONCRETEZZA NELL'IMMATERIALE: indagine sulla professione di psicologo in Italia

Roberto Pagano - consigliere segretario

Il **21 giugno u.s.** si è svolto a Siracusa, all'interno dell'elegante cornice di Palazzo Vermexio, il **seminario di presentazione** della ricerca **"Concretezza nell'immaterialità: indagine sulla professione di psicologo in Italia"**.

L'iniziativa, organizzata dal Consiglio Nazionale, ha rap-



Il Presidente Pierluigi Palma

presentato, come ha sottolineato dal Presidente Nazionale Pierluigi Palma nella sua presentazione, il momento iniziale di un percorso finalizzato a "fotografare" la professione nella sua dimensione quali-quantitativa attuale.



Il Prof. Nicola De Carlo

La ricerca, deliberata dal Consiglio Nazionale, si è articolata in tre parti ed è stata coordinata dal prof. Nicola De Carlo dell'Università di Padova.

La prima parte della ricerca, illustrata al seminario dal prof. De Carlo, centrata su un'indagine rivolta a 180 dirigenti dell'impresa pubblica e privata, della sanità, del non profit, dell'informazione/comunicazione, si è posta l'obiettivo di acquisire dati conoscitivi sulle effettive necessità percepite da tali "testimonial privilegiati" sull'utilizzo della professionalità dello psicologo nei diversi contesti lavorativi.

La seconda parte della ricerca, illustrata al seminario dal prof. Bosio dell'EURISKO di Milano, è stata imperniata

sulla progettazione ed esecuzione di un'indagine di ricognizione sullo stato e sulle prospettive delle professioni psicologiche in Italia.

L'indagine è nata dall'esigenza di ripensare la professione di psicologo, secondo un duplice percorso: 1. descrivere e comprendere la situazione attuale (quale è lo stato delle professioni psicologiche oggi?); 2. identificare i processi di cambiamento e le nuove potenzialità insiti nella dinamica delle professioni psicologiche. In tale prospettiva tale filone della ricerca si prefigge sia di fotografare lo stato attuale delle professioni psicologiche con riferimento al contesto nazionale e sia di raccogliere indicazioni circa il futuro della professione in Italia secondo le percezioni/prefigurazione del gruppo professionale.

La terza parte della ricerca, illustrata al seminario dal prof. Salvini dell'Università di Padova, è stata focalizzata



Il Prof. Claudio Bosio

all'interno del contesto della domanda/offerta nel settore della psicologia clinica/psicoterapia. Si tratta di un'indagine preliminare (su 2856 psicologi professionisti) atta a conoscere attraverso l'esperienza e l'opinione di un ampio grup-



Il Prof. Alessandro Salvini

po di psicologi-psicoterapeuti, le loro possibilità professionali in relazione alla domanda dell'utenza, al suo cambiamento nel tempo e alla formazione ricevuta.

PROTOCOLLO D'INTESA PER IL CONCORSO DEGLI PSICOLOGI SICILIANI NELLE ATTIVITÀ DI PROTEZIONE CIVILE ELENCO DEGLI PSICOLOGI DELL'EMERGENZA - TASK FORCE Aggiornato al 31/12/2007 (ordine alfabetico)

N.	COGNOME	NOME	N.COGNOME	NOME	N.COGNOME	NOME		
1.	Accardi	Maria Luisa	66.	Fiorica	Valentina	131.	Parisi	Maria
2.	Accardo	Giovanna	67.	Foderà	Marcella	132.	Parisi	Maria Diletta
3.	Addelfio	Giovanna	68.	Frisella	Simona	133.	Parlato	Brunella
4.	Adelfio	Fabrizio	69.	Gallo	Franca	134.	Patti	Manuela
5.	Aiello	Arcangela	70.	Girgenti	Giuseppina	135.	Pellerone	Monica
6.	Alesi	Dario	71.	Gioffrè	Giovanna	136.	Pettinato	Enrica
7.	Arezzo di Trifiletti	Elvira Maria	72.	Girelli	Davide Nicola	137.	Piazza	Ivana
8.	Altavilla	Stefania	73.	Gitto	Silvia	138.	Piccione	Lidia
9.	Barca	Irene Lilla	74.	Giunta	Benedetta	139.	Pino	Giusy
10.	Battiato	Antonino	75.	Grassi	Silvia	140.	Piombino	Enrica
11.	Bella	Rosaria Daniela	76.	Greco	Francesco	141.	Pittari	Cristina Maria
12.	Bellomo	Paola	77.	Greco Lucchina	Laura	142.	Postorino	Antonella
13.	Benigno	Emanuela	78.	Grifò	Rosa Salvatrice	143.	Principato	Pietro
14.	Blanco	Daniela	79.	Iacolino	Antonio	144.	Privitera	Maria Teresa
15.	Bonanno	Sabina Maria Rita	80.	Iacono	Antonio	145.	Provenzano	Maria Caterina
16.	Bredice	Daniela	81.	Iaia	Sebastiano	146.	Puglia	Antonella
17.	Bruschetta	Simone	82.	Indovina	Margherita	147.	Pulvirenti	Maria Rita
18.	Cali	Cristina Felice	83.	Ingenio	Lucia	148.	Ragusa	Maria Grazia
19.	Cammalleri	Marcella	84.	Intagliata	Fabiana	149.	Roccaforte	Gabriella
20.	Cammalleri	Maria Ausiliaria	85.	Izzo	Rosa	150.	Romanotto	Eliana
21.	Cammarata	Maria	86.	La Franca	Maria	151.	Rosini	Roberta
22.	Cammissa	Alessio	87.	La Monica	Antonella	152.	Rossini	Oliva Daniela
23.	Cannavà	Francesco	88.	La Paglia	Maria	153.	Russo	Renata Immacolata
24.	Cannavà	Salvatore	89.	La Piana	Luisa	154.	Sammartano	Maria Teresa
25.	Cantali	Grazia	90.	La Rocca	Irene	155.	Samperi	Irene
26.	Cannata	Jlenia	91.	La Rosa	Maria	156.	Sapuppo	Rosaria
27.	Caponnetto	Pasquale	92.	La Torre	Massimo	157.	Savoca	Valentina
28.	Caprara	Deborah	93.	Leonardi	Rosa	158.	Scalia	Tiziana
29.	Cascio	Valentina	94.	Licata	Nicoletta	159.	Scavuzzo	Pieraldo
30.	Cassarà	Rosalinda	95.	Lisi	Antonella	160.	Sciangua	Rita
31.	Castiglione	Lilli	96.	Lo Iacono	Anna Maria	161.	Scicolone	Angela
32.	Castronovo	Antonio	97.	Loiacono	Elvira	162.	Seidita	Leonardo
33.	Ciatto	Giuseppa	98.	Lombardi	Mariadele	163.	Sicali	Santa
34.	Ciccarello	Laura	99.	Lombardo	Francesca Paola	164.	Sirchia	Francesca Maria
35.	Cicero	Claudia	100.	Lunetta	Alessandro	165.	Sirni	Valentina
36.	Cinque	Viviana	101.	Lupo	Laura	166.	Sortino	Vanessa
37.	Clemente	F. Paola	102.	Maio	Monica	167.	Spada	Michele
38.	Coccellato	Concetta	103.	Mallia	Venerina	168.	Stefano	Claudia
39.	Collòv	Maria Chiara	104.	Mannuccia	Luigia	169.	Tarantolo	Tiziana
40.	Collura	Sebastiana	105.	Marciante	Francesco	170.	Taschetti	Mersia
41.	Comito	Francesca	106.	Marino	Claudia	171.	Tinnirello	Monica
42.	Condorelli	Giovanna	107.	Martinez	Odette	172.	Tobia	Tiziana
43.	Contentezza	Rosalba	108.	Mazzeppi	Sonia Desirèe	173.	Traina	Giuseppina
44.	Corbo	Daunia	109.	Mazzola	Barbara	174.	Traina	Rosalinda
45.	Cortese	Valentina	110.	Meli	Alessandro	175.	Tramonti	Azzurra
46.	Croce	Manuela	111.	Meli	Pina Maria	176.	Travaglini	Maria
47.	Croce	Salvatrice	112.	Melodia	Caterina	177.	Urso	Viviana
48.	Cucuzza	Nicoletta	113.	Merlina	Christian	178.	Vaccari	Caterina
49.	Cumbo	Marcella	114.	Messina	Claudia	179.	Valenti	Francesca
50.	D'Avenia	Rosario	115.	Messina	Sebastiano	180.	Valenti	Laura
51.	De Gaetano	Maria	116.	Mezzatesta	Concetta	181.	Valenti	Tiziana
52.	De Luca	Virginia	117.	Migneco	Roberta	182.	Valvo Maria	Antonietta
53.	Di Bella	Daniela	118.	Mistretta	Maria Gabriella	183.	Varisco	Licia
54.	Di Biasi	Loredana	119.	Moceo	Maria	184.	Vegna	Elisa
55.	Di Cara	Giovanna	120.	Monaco Crea	Valentina	185.	Vella	Rosaria
56.	Di Francesca	Maria	121.	Monici	Tindara	186.	Vendra	Jenny
57.	Di Francesco	Giacomina	122.	Mortillaro	Mariangela	187.	Venezia	Giuseppe
58.	Di Natale	Paola Maria	123.	Moschetto	Maria	188.	Verdirame	Christian
59.	Di Oriente	Andrea	124.	Musumeci	Martina	189.	Vetri	Susanna
60.	Di Rosa	Omaira	125.	Naccari	M.Grazia	190.	Vinciguerra	Maria Pia
61.	Di Venti	Lara	126.	Nicolosi	Rossana	191.	Vinciguerra	Rosaria
62.	Di Pasquale	Giovanna	127.	Orma	Alberto Giuseppe	192.	Virone	Stefania
63.	Esposito	Gabriella	128.	Palermo	Maria Grazia	193.	Zambuto	Sitra Concetta
64.	Favarò	Tiziana	129.	Palillo	Davide			
65.	Ficarra	Marco	130.	Palmeri	Ivano			

S.O.S. psicologico: il primo intervento della task force siciliana

Melita Ricciardi - consigliere

Per la prima volta il **4 e 5 febbraio, in occasione della festa di S. Agata**, presso il Posto Medico Avanzato di Piazza S. Spirito a Catania, su convocazione del Dipartimento Regionale della Protezione Civile della Sicilia, è stata attivata la task force degli psicologi dell'emergenza alla luce del Protocollo d'Intesa tra il Dipartimento Regionale di Protezione Civile e l'Ordine degli Psicologi Regione Sicilia. La manifestazione tradizionalmente si svolge ogni anno e si calcola che durante i festeggiamenti siano più di un milione le presenze per le vie della città.

L'attuazione dell'intervento psicologico nell'ambito del "triage" ha permesso di concretizzare il confronto tra le esperienze dei protagonisti dell'emergenza e gli psicologi al fine di mettere in pratica le tecniche e le strategie per l'assistenza alla popolazione e ai soccorritori. Le colleghe Aiello Arcangela e Bella Daniela della task force hanno così sottolineato: "al PMA si è creato un rapporto quasi confidenziale tra i tecnici ed i volontari, ci siamo trovate di fronte a soggetti con crisi di agitazione motoria stati confusionali dovuti alla calca della folla presente nella processione ... ma grazie alle competenze ed al valore della solidarietà di coloro che vivono in prima persona le emergenze i medici del 118, il volontariato, i tecnici della protezione civile regionale e del comune, si è creata una stretta sinergia facilitando l'intervento della Protezione Civile".

Uno dei promotori del Protocollo d'Intesa tra il Dipartimento Regionale di Protezione Civile e l'Ordine degli Psicologi, il Presidente dell'Ordine Fulvio Giardina ha affermato "la task force rappresenta il consolidamento del percorso intrapreso con il protocollo d'intesa, mostrando alla cittadinanza che la Protezione Civile non è formata solo da Forze dell'Ordine, dai Vigili del Fuoco e dal volontariato, ma anche da psicologi liberi professionisti che scelgono di mettere a disposizione di tutti la loro professionalità e competenza".

Il percorso sinergico intrapreso tra psicologi e protezione civile ha permesso di elaborare programmi e procedure da eseguire in caso di emergenze di massa unendo le risorse appartenenti a diverse istituzioni.

La macchina organizzativa della protezione civile ha funzionato egregiamente - afferma il Direttore Generale della Protezione Civile Regionale Salvatore Cocina - "da quest'anno nell'ambito dell'organizzazione abbiamo inserito elementi di innovazione, il Dipartimento Regionale ha dato supporto al Comune di Catania perfezionando il piano di protezione civile. Sono state costituite delle squadre di volontari h/24 che hanno soccorso i cittadini e dato loro sostegno. Il Dipartimento ha collaborato con le diverse istituzioni, da sottolineare il grande impegno del Prefetto Finazzo, delle migliaia di uomini delle Forze dell'Ordine e dell'Assessore alla Protezione Civile Brancato. Ma gli elementi qualificanti della macchina della protezione civile



sono stati la presenza del PMA di II livello dell'Ospedale Vittorio Emanuele di Catania, unica struttura specialistica per la gestione dell'emergenza extraospedaliera attualmente presente nel Sud dell'Italia, e la task force degli psicologi dell'emergenza. La grande efficacia e l'operatività della task force ci stimola ad ulteriori ampliamenti del piano di intervento in emergenza specialmente alla luce della Direttiva Governativa, G.U. n. 200 del 29/08/2006. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 giugno 2006".

"Il PMA di 2° livello - afferma il Dott. Nicosia responsabile del PMA - si distingue dal PMA ordinariamente gestito dal 118, è stato progettato per essere impiegato nelle emergenze di tipo c, cioè in quelle situazioni che travalicano le possibilità di risposta delle strutture locali (Art. 2 Legge n. 225 del 24 febbraio 1992). Infatti tale struttura deve essere pronta all'impiego nel più breve tempo possibile dall'allarme (3-4 h.) e nello stesso tempo in grado di trattare 50 pazienti con codice di gravità rosso-giallo nell'arco di 24 ore e per tre giorni"

Numerose sono le iniziative che l'Ordine degli Psicologi intende attuare nell'ambito della psicologia dell'emergenza, fra queste la realizzazione di una campagna di sensibilizzazione rivolta ai cittadini. La task force attraverso il lavoro svolto ha dato prova di grande efficienza e di grande qualità, ha dimostrato che, pur muovendosi in un contesto difficile, con la passione e la voglia di assistere la collettività si può migliorare l'intervento di soccorso al PMA attraverso un lavoro di interdipendenza.

Presentiamo un contributo significativo fornito dalla collega Irene La Rocca; un intervento strutturato di Psicologia dell'Emergenza applicato ad una simulazione di un ammaraggio aereo. Le varie esperienze dei colleghi psicologi della task force rappresentano il consolidamento del percorso intrapreso con il protocollo d'intesa e dimostrano quanto la determinazione di mettere a disposizione di tutti la loro professionalità e competenza sia l'obiettivo primario di uno psicologo dell'emergenza.

Melita Ricciardi - consigliere

La mia esperienza di psicologa dell'emergenza della task force regionale dell'Ordine degli Psicologi

Irene La Rocca - psicologo

Il 4 Giugno 2008 alle ore 9:00 nel Golfo di Mondello si è svolta un'esercitazione promossa dalla compagnia aerea **Wind Jet** e realizzata dalla **Capitaneria di porto** con la collaborazione dell'**International Flight Safety Committee**.

Si è simulato l'ammarraggio di un aereo, un Airbus A301 in servizio da Bari a Palermo, con 150 passeggeri e 6 membri di equipaggio. Per rendere possibile tale esercitazione la compagnia aerea si è avvalsa della collaborazione di altre compagnie che hanno messo a disposizione anche il loro personale di volo e di alcune associazioni di volontari che hanno fornito i 150 figuranti finiti in mare.

Dopo il mayday avvenuto alle 9:34 e la comunicazione da parte della torre di controllo di Palermo della perdita del contatto con l'aereo, in pochi minuti cominciano le operazioni di ricerca e soccorso con l'invio di mezzi da parte della guardia costiera dai porti di Palermo e della provincia: 4 motovedette, sommozzatori e soccorritori in tuta bianca anticontaminazione, oltre a un elicottero per il recupero dei naufraghi. Inoltre si attivano 4 elicotteri, 2 aerei e 23 imbarcazioni che vengono impegnate per il recupero del relitto, per l'occasione simulato con pezzi di ricambio dismessi e 5 manichini per le vittime.

In 45 minuti si riempiono le due zattere da 75 posti lanciate dalle motovedette e da Boccadifalco arriva l'elicottero, per issare 12 persone in 3 tornate.

Le zattere vengono svuotate e le persone trasbordate sulle motovedette della Guardia Costiera, dove i feriti vengono suddivisi in feriti lievi, gravi e bisognosi di assistenza psicologica; per distinguerli i loro volti sono stati dipinti di verde per gli illesi, di giallo per i feriti lievi e di rosso per i gravi, a

rappresentare i bambini sono stati utilizzati dei bambolotti.

Intanto al porto di Palermo la Croce Rossa Italiana allestiva un PMA (Posto Medico Avanzato), atto all'assistenza sanitaria dei "naufraghi", composto da 4 ambulanze del 118, due tende pneumatiche per l'accoglienza dei superstiti e familiari e un padiglione preposto all'assistenza psicologica.

Difatti alle ore 10:20 circa scatta l'emergenza anche per la Task Force Siciliana: il gruppo di psicologi dell'emergenza reperibili h24 dalla Protezione Civile. Il coordinamento dell'equipe psicologica è stato affidato ad uno psicologo referente dell'Asl6 di Palermo, Renato Di Giovanni, che dalla Centrale



Operativa della Protezione Civile ha attivato le procedure di emergenza (psicologica). Dopo la chiamata era necessario raggiungere l'ospedale da campo entro un massimo di 30 minuti, come da protocollo.

L'equipe psicologica che ha raggiunto il luogo è composta da 2 psicologi della Task Force e da 5 psicologi dell'ASL6. Appresa la notizia del numero delle "vittime", in particolare dei codici verdi, e in attesa del loro sbarco al porto, si cominciano ad organizzare gli aiuti. In questi casi la cosa più importante è dare un aiuto pratico: i "naufraghi" sono rimasti in acqua per 35 minuti per cui la loro prima necessità era

quella di ritrovare un po' di calore. Per rendere ciò possibile sono state preparate un elevato numero di coperte e dell'acqua per ripristinare l'equilibrio idrosalino.

Man mano che giungevano le motovedette della Guardia Costiera con le "vittime", le stesse venivano accolte al PMA per poi smistarle nelle apposite tende relative al colore di Triage assegnato. L'equipe psicologica ha sede nella tenda del codice di Triage Verde e qui si attuavano le procedure di supporto psicologico volte a verificare e valutare il loro eventuale stato di shock. Le persone coinvolte in situazioni critiche emotivamente e/o fisicamente possono presentare smarrimento ed impotenza ostacolando con autonome iniziative il normale svolgersi degli interventi di soccorso, per cui il compito dell'equipe in emergenza è quello di comunicare ed informare le "vittime" in modo sufficientemente autorevole e determinato, inducendoli a rinunciare ad eventuali iniziative, tali da ridurre sia il disagio psicologico che le reazioni ansiose. In tal modo si riconducono i comportamenti disadattivi degli individui ad azioni positive, rafforzando e favorendo il recupero dell'identità sia collettiva che personale. Inoltre è importante stabilire una vicinanza emotiva e tranquillizzare per quanto possibile la vittima colpita dall'evento. Nel frattempo, però, l'incidente capita davvero perché nove tra i volontari hanno avvertito dei malori e bisogna prestare davvero soccorso.

Nulla di grave: solo qualche caso di ipotermia e affanno.

Alle 14:20 si conclude la simulazione, procedura molto importante per verificare le modalità operative e comunicazioni nel momento di un ipotetico disastro aereo e soprattutto per migliorare la collaborazione e il coordinamento fra le diverse figure professionali e i diversi Enti che entrano in gioco in caso di una vera emergenza.

I 9 Gruppi di Lavoro, attivati dal Consiglio dell'Ordine nell'ottica di un maggiore coinvolgimento dei colleghi alle problematiche professionali, cominciano a dare i primi frutti. In questo numero del nostro giornale trovate il report del Gruppo di Lavoro, coordinato da Ilenia Adamo, sulle politiche sociali in Sicilia e i primi dati della ricognizione sui Consulenti Familiari, effettuata dal Gruppo coordinato da me e che sono stati presentati pubblicamente ad un Convegno Regionale svoltosi a Leonforte il 16 maggio scorso.

Anche gli altri Gruppi di Lavoro sono in fermento: alcuni hanno ridefinito meglio l'obiettivo (rispetto a quello stabilito inizialmente) per avere una prospettiva temporale più realistica; altri hanno modificato la composizione dei partecipanti, al fine di arricchire e integrare i possibili apporti. Il Gruppo sull'abuso e il maltrattamento infantile, dopo alcune incertezze iniziali, sta beneficiando della presenza di alcuni magistrati: riuscire a definire delle linee guida condivise potrebbe essere un ottimo traguardo. Il Gruppo sul disagio psichico sta conducendo un sondaggio sui "nuovi disagi giovanili", un modo per de-psichiatrizzare l'ambito dei disturbi psichici e leggerli con una chiave più squisitamente psicologica. Il Gruppo sulla psicologia scolastica si confronterà con l'ipotesi di una proposta legislativa, se non nazionale, almeno regionale e dal Gruppo sulla psicoterapia ci aspettiamo che venga finalmente prodotta la Carta dei servizi delle Scuole di psicoterapia presenti in Sicilia. Il Gruppo che si occupa di emergenza, oltre a organizzare prossimamente il Campus (più volte annunciato) insieme al Dipartimento Regionale di Protezione Civile, sta promuovendo il protocollo sull'educazione stradale e sulla prevenzione degli incidenti, mentre il Gruppo sulla "settimana della psicologia" si impegnerà nei prossimi mesi a valutare le tante proposte giunte in Sede e a predisporre un programma modulare, indicandone le scadenze temporali.

Il modello dei GdL sta. Dunque, funzionando. L'Ordine si è veramente aperto alla collaborazione esterna dei colleghi e se riusciremo, come previsto, a produrre alla fine dei vari percorsi dei documenti scritti e a socializzare attraverso seminari e convegni le risultanze, sicuramente avremo dato un contributo a sviluppare un maggior senso di appartenenza e di condivisione.

Paolo Bozzaro, Coordinatore dell'area Professione e Lavoro

I GRUPPI DI LAVORO

ABUSO E MALTRATTAMENTO INFANTILE

Coordinatore: Antonino Sammartano - Consigliere

Componenti: A. M. Di Vita (Università di Palermo) - M. V. Randazzo (Tribunale dei Minori - Palermo) - Avv. M. V. Caiozzo - I. Adamo (consigliere) - A. Giostra (Psicologo) - G. Spitale (Psicologo) - D. Grasso (resp. Reg. CISMAI) - F. Vitrano (Neuropsichiatra Infantile) - A. Xibilia (Psicologo) - S. Tinti Barraja (Psicologo) - R. Cantale (Psicologo)

CONSULTORIO FAMILIARI IN SICILIA E RUOLO DEGLI PSICOLOGI

Coordinatore: Paolo Bozzaro - Consigliere

Componenti: A. Nicita (Psicologo) - D. Agosta (Psicologo) - S. Verdura (Psicologo) - G. Infurchia (Psicologo) - F. Castrogiovanni (Psicologo) - C. Riggì (Psicologo) - A. Misuraca (Psicologo) - M. Cannata (Psicologo) - R. Mastrosimone (Psicologo) - P. Aparo (Psicologo)

DISAGIO PSICHICO

Coordinatore: Maria Teresa Noto - Consigliere

Componenti: M. Y. Auteri (Psicologo) - S. Cardella (Psicologo) - G. Di Buono (Psicologo) - M. R. Graziano (Psicologo) - G. Merlo (Psicologo) - R. Pezzano (Psicologo) - V. Schirò (Psicologo)

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NELLA CRISI DEL LEGAME DI COPPIA E TUTELA DEL MINORE

Coordinatore: Antonino Sammartano - Consigliere

Componenti: S. Cardella (Psicologo) - T. Favaloro (Psicologo) - M. Santoro (Psicologo) - R. D'Agata (Avvocato) - F. Micela (Giudice Tribunale Palermo) - L. Iannelli (Giudice Tribunale Palermo) - A. Pardo (Giudice Tribunale per i Minori Palermo) - L. Petrucci (Giudice Tribunale Palermo)

PROFESSIONE E POLITICHE SOCIALI

Coordinatore: Ilenia Adamo - Consigliere

Componenti: L. Costa (Consigliere) - P. Bozzaro (Consigliere) - A. Sammartano (Consigliere) - A. Giostra (Psicologo) - C. Mangiafico (Psicologo) - A. Giampino (Psicologo) - P. Providenza (Psicologo) - M. Lo Turco (Psicologo) - S. La Rosa (Assessorato alla Famiglia, Responsabile Ufficio di Piano) - V. Borruso (Componente cabina di regia regionale L. 328/00)

PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Coordinatore: Melita Ricciardi - Consigliere

Componenti: F. Venerando (Coordinatore del Comitato Regionale di Protezione Civile) - S. Cannavà (Psicologo) - C. Messina (Psicologo) - G. Panebianco (Psicologo) - N. De Santis (Consigliere) - R. Cafiso (Psicologo)

PSICOLOGIA SCOLASTICA E DELL'EDUCAZIONE

Coordinatore: Antonino Marù - Consigliere

Componenti: M. Anastasi (Psicologo) - G. Criscione (Ispettore Tecnico CSA, Ragusa) - A. Licitra (Comune di Ragusa) - E. Spataro (Psicologo) - R. Chianese (Psicologo) - G. Castriciano (Psicologo)

PSICOTERAPIA

Coordinatore: Gina Merlo - Consigliere

Componenti: S. Ciavarella (Consigliere) - M. T. Noto (Consigliere) - F. A. Tolentino (Psicologo) - F. Testa (Psicologo)

ORGANIZZAZIONE DELLA SETTIMANA DELLA PSICOLOGIA

Coordinatore: Maurizio Cuffaro - Consigliere

Componenti: F. Giardina (Presidente) - P. Bozzaro (Consigliere) - R. Pagano (Consigliere - Segretario) - S. Amico (Consigliere - Tesoriere) - L. Costa (Consigliere) - M. T. Noto (Consigliere)

Gruppo di lavoro "Professione e politiche sociali"

Legge 328/00 e professioni sociali in Sicilia: un contributo di ricerca

Ilenia Adamo - coordinatore gruppo di lavoro

Con la pubblicazione del DPRS dell'8 maggio 2006 *Stesura aggiornata della programmazione degli interventi di cui al documento "Analisi, orientamenti e priorità, legge n. 328/2000 - triennio 2004/2006"* si dà avvio in Sicilia alla programmazione degli interventi della seconda triennalità dei Piani di Zona, come previsti dalla L. 328/00. Il riallineamento temporale che si intende perseguire sembra aprire la prospettiva di una messa a sistema dei Piani, che dal 2010 giungerebbero alla terza triennalità sul territorio della nostra regione. Il presente lavoro nasce dalla volontà di aprire spazi di consapevolezza e di informazione a quei colleghi che operano nell'ambito sociale e sociosanitario e di promuovere ambiti di collaborazione e promozione affinché la professione psicologica trovi una giusta collocazione in questo complesso contesto in evoluzione.

Viene qui proposto un percorso, che - partendo da un'analisi storica - conduce alla normativa attuale, passando per alcune riflessioni sulle figure professionali sociali e concludendosi con un contributo di ricerca relativo alla presenza degli psicologi nei Piani di Zona nel triennio 2004-2006.

UN PÒ DI STORIA

L'origine dei servizi sociali

Già le più antiche civiltà - da quella egizia o quella greco-romana - contemplavano forme di assistenza pubblica per i poveri e gli ammalati ma è al periodo post medievale che possono essere fatti risalire i primi interventi assistenziali sistematici da parte dello stato.

Il tema dell'ordine sociale e della sua gestione divengono centrali in questa fase per la nascita delle prime monarchie nazionali e per l'ascesa della classe borghese. Così i monarchi intendono sostituirsi alla Chiesa ed ai Comuni - protagonisti delle azioni assistenziali durante il periodo medievale - nell'intento di costituire strutture pubbliche di intervento ed aiuto a poveri, malati, bisognosi e, nello stesso tempo, venire incontro al bisogno di "ordine sociale" di cui è portatore il ceto borghese.

L'attenzione e l'azione dei governi verso le fasce svantaggiate della popolazione si traducono tuttavia nell'Europa moderna più in un tentativo di marginalizzazione e reclusione che di aiuto e sostegno vero e proprio.

La fine del Settecento - con i suoi fermenti illuministici e rivoluzionari - porta con sé un ampio sviluppo di iniziative assistenziali, sia pubbliche che private e religiose. Così l'Ottocento non considera più i poveri, gli ammalati, gli inabili, i devianti come "alieni", soggetti altro da sé, diversi di cui ignorare l'esistenza: progressivamente la borghesia comincia a riconoscere questa presenza nel tessuto sociale ed a sentire l'esigenza di regolarla. Si assiste così alla nascita delle prime istituzioni manicomiali ed al consolidamento degli apparati carcerari e polizieschi.

L'Ottocento è innanzitutto il secolo dell'industrializzazione, con le sue masse di poveri e diseredati - i "proletari" - vaganti nelle periferie delle città, con i suoi elevati costi sociali e umani, ma è anche il secolo in cui sorgono i primi movimenti che rivendicano i diritti dei meno abbienti e che spingono ad una concreta riforma sociale. È un secolo segnato da un atteggiamento ambivalente



verso i temi assistenziali.

Nella seconda metà del secolo nascono a Londra, collegate alla cosiddetta "Charity Organization Society", le prime forme di attività professionale in ambito di assistenza pubblica.

Il Welfare State: from the cradle to the grave

Lord Beveridge e Richard Titmuss sono le due figure che hanno dato un contributo fondamentale al concetto di "Welfare State" inglese, ed è infatti l'Inghilterra a cui bisogna guardare per rintracciare la nascita del termine: le due figure si propongono l'uno come l'ingegnere del moderno Welfare State ed il secondo come il suo ideologo, critico e difensore appassionato. Il termine Welfare State nasce subito dopo la seconda guerra mondiale per indicare le politiche del governo laburista inglese finalizzate a costruire un sistema di sicurezza sociale, cioè un complesso insieme di misure ed interventi previdenziali e assistenziali che garantissero a tutte le fasce della popolazione - a partire da quelle svantaggiate - un'esistenza dignitosa.

Il Rapporto Beveridge del 1942 proponeva un sistema unificato di sicurezza sociale (ossia di intervento statale al cittadino "from cradle to the grave", dalla culla alla tomba,) per far fronte alle difficoltà e alle necessità fondamentali della vita come malattia, invalidità, vecchiaia e istruzione.

Ma cosa è esattamente il Welfare State?

L'espressione viene spesso tradotta come "Stato del benessere", ma anche "Stato assistenziale": Welfare è parola composta derivata dall'inglese medievale, formata da *wel* = bene e *fare* = *go* = andare, e coerentemente resa dall'equivalente italiano "benessere". Si tratta quindi di uno Stato che assume come propria responsabilità le prestazioni di istruzione, di formazione professionale, di assistenza sanitaria, di previdenza e di sicurezza sociale e che quindi garantisce un sistema di norme che consentano di eliminare le **diseguaglianze sociali** ed economiche fra i cittadini, aiutando in particolar modo i **ceti** meno abbienti.

Il problema della povertà è divenuto centrale nel corso della seconda metà del 900, tanto che gli stati europei hanno cercato di "edificare" sistemi di Welfare funzionanti, con il fine di risolverlo, anche se solo parzialmente. Questi sistemi avanzati di Welfare State si fondano sul convincimento che la condizione di benessere debba essere considerata attribuzione ineliminabile

bile dei diritti di ogni persona e che lo Stato debba farsi carico della salute e della cura dei cittadini.

Malgrado queste premesse foriere di buoni auspici, oggi una profonda crisi sta attraversando il sistema del Welfare europeo e italiano, crisi che ha richiesto interventi di cambiamento spesso radicali, comportando persino una ridefinizione del concetto stesso di benessere.

Il Welfare State in Italia

Nel periodo 1940-1960 il modello riformista è prevalso, con modalità diverse, in quasi tutti i Paesi occidentali: in Italia gli interventi previdenziali e sanitari hanno però seguito una logica pre-riformista, con azioni di tipo mutualistico, riferite a specifiche categorie di cittadini. In seguito si è avuto il passaggio da un modello pre-riformista a un modello assistenziale, senza passare per una fase riformista. Il modello assistenziale si è poi consolidato in misura maggiore di quanto sia avvenuto negli altri Paesi occidentali, con un impegno finanziario molto elevato, una concezione dei bisogni fortemente indifferenziata, un ruolo centrale dello Stato.

Secondo l'opinione corrente la crisi del Welfare italiano è stata caratterizzata dall'aver interpretato lo "Stato sociale" in maniera distorta. Alcuni critici hanno evidenziato alcune distorsioni, che potrebbero sinteticamente essere così descritte:

- lo Stato italiano ha negli anni passati elargito aiuti non finalizzati e senza rapporto con i contributi assicurativi, portando avanti una politica definita "assistenzialista";
- con il tempo i servizi di sicurezza e assistenza sociale sono stati estesi a categorie precedentemente escluse e di fatto non aventi diritto;
- nel tempo si è creato un disallineamento tra la realtà sociale e demografica, portatrice di nuovi bisogni, e le forme ormai sorpassate di protezione previste dal sistema di Welfare.

Gli anni '90 hanno "spinto" i nostri governi ad un'attenta riflessione sulle distorsioni di questo sistema. Posti i necessari interventi legislativi per la riforma del sistema pensionistico (da molti visto come "nodo" principale della crisi del Welfare italiano), i segnali più incoraggianti vengono certamente da una serie di iniziative legislative che puntano alla realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, che potrebbe, in parte, contribuire alla creazione di un contesto organico e meno frammentato nell'ambito dei servizi alla persona ed alla comunità.

Tra le tendenze più importanti nell'attuale riforma del sistema possiamo elencare:

- **le politiche "attive"**: il progressivo superamento, cioè, di politiche sociali che hanno unicamente finalità di compensazione per la situazione di disagio che vivono determinate categorie svantaggiate (politiche "passive") e l'adozione di politiche "attive", finalizzate a fornire strumenti concreti per la loro attivazione e un loro allontanamento da situazioni di indigenza;
- **lo sviluppo del Terzo settore**: l'emergere di una serie di soggetti, volontari e non, che intervengono nelle attività tradizionalmente presidiate dall'attore pubblico o che assicurano servizi prima non erogati da nessun soggetto;
- **il Welfare mix**: lo sviluppo di una rete integrata di servizi, nella quale potrebbero trovare spazio interessanti sperimentazioni sia sul fronte dell'offerta dei servizi, sia su quello della natura dei soggetti che li erogano. Rispetto a quest'ultimo aspetto, infatti, si dovrebbe dar vita a soggetti misti, comprendenti istituzioni pubbliche, private e di Terzo settore, che nel territorio potrebbero sinergicamente offrire servizi dif-

ferenziati, ma all'interno di una prospettiva integrata e di coordinamento.

LA NASCITA DELL'ATTUALE NORMATIVA: I PIANI DI ZONA

Evoluzione legislativa e prospettive

Il **Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281**, definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato - città ed autonomie locali ed il **Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112** Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59" segnano il percorso per arrivare alla stesura della L.328/00.

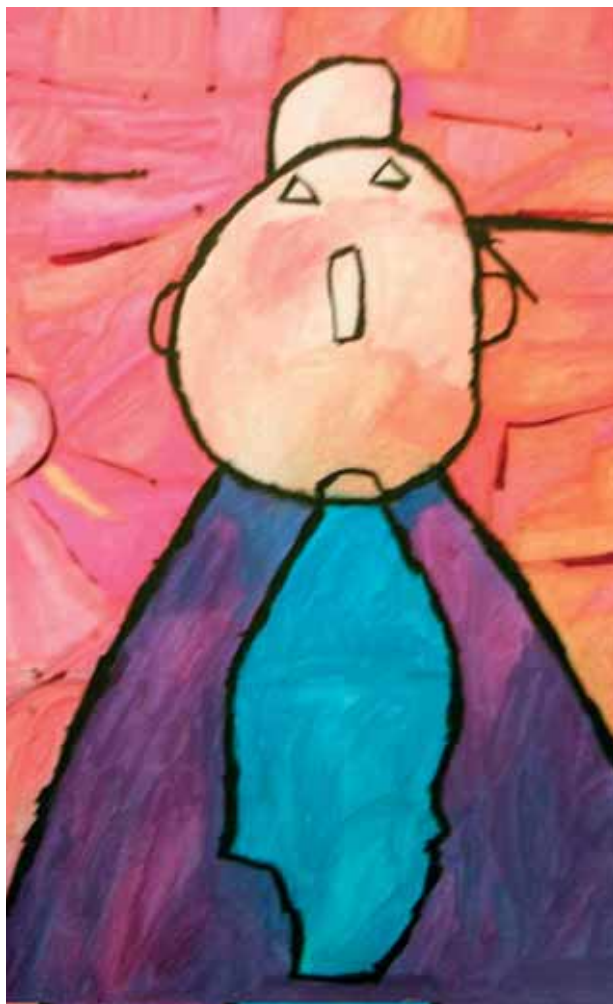
L'emanazione della **Legge 8 novembre 2000, n. 328**, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali rappresenta la risposta del governo italiano ad alcuni problemi legati al sistema di Welfare.

All'art. 1, comma 1 si legge infatti:

«La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione».

Uno dei punti fondamentali della Legge è la precisa definizione delle funzioni dei Comuni, delle Province, delle Regioni e dello Stato, che conferisce finalmente maggiore organicità ai piani di intervento in materia di servizi sociali:





Così all'art. 1, comma 3:

«La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali»

La Legge quadro si adegua inoltre ai principi ispiratori del "Welfare Community", attuando il passaggio da uno stato che eroga servizi ad indigenti, ad una nuova forma di gestione diretta da parte delle comunità locali, attraverso un sistema integrato di servizi con la partecipazione di una molteplicità di soggetti.

L'art. 1, comma 5 afferma:

«Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata»

Quindi, da una parte gli enti pubblici provvedono a programmare ed in parte a gestire i servizi mediante un sistema di finanziamento basato sul principio della compartecipazione tra Stato, regioni ed enti locali, dall'altra parte, privato sociale, mondo della cooperazione e volontariato, gestiscono - attraverso le procedure di accreditamento, il cui primo passo si esprime nella carta dei servizi offerti (art. 13, Legge Quadro) - un insieme di attività, seguendo quanto previsto da un piano di zona.

Gli strumenti operativi della L.328/00: i piani di zona

Dopo la prima fase, quella del riordino, il piano di zona sarà lo strumento ordinario attraverso il quale governare il processo di costante adeguamento, del sistema delle risposte, all'evoluzione dei problemi e delle opportunità da garantire alle persone, alle famiglie, ai gruppi particolari o fasce specifiche di popolazione. Il piano di zona è uno strumento di pianificazione già sperimentato nell'ultimo decennio in alcune regioni italiane che hanno anticipato, con propria legislazione specifica, la scelta fatta dal legislatore nazionale con la legge n. 328/2000.

La legge 328/2000 colloca il piano di zona al capo IV tra gli «strumenti per favorire il riordino del sistema integrato di interventi e servizi sociali».

L'art. 19 affronta complessivamente significati, contenuti, funzioni strategiche, modalità di approvazione dello strumento e soggetti che devono definirlo.

Dalla lettura dell'articolo si individuano quattro finalità:

- la formazione di sistemi locali di interventi fondati su servizi e prestazioni, che devono rispondere a criteri di efficacia, efficienza, unitarietà, complementarità, flessibilità. C'è l'invito a valorizzare tutte le forme di solidarietà presenti nell'ambito territoriale e a responsabilizzare i cittadini. Possiamo affermare che il piano di zona è concepito come strumento capace di valorizzare forme di cittadinanza attiva e di promuovere accanto all'esigibilità dei diritti anche l'esercizio dei doveri inderogabili di solidarietà, così come specificati agli articoli 2-3 della Carta Costituzionale;
- la qualificazione della spesa e l'attivazione di risorse frutto della concertazione a livello locale. Possiamo affermare che la qualificazione della spesa passa attraverso diverse strategie; sia attraverso il sostegno economico finanziario pubblico utile a garantire i livelli essenziali delle prestazioni sociali, erogabili sotto forma di beni e servizi, sia attraverso l'attivazione di risorse aggiuntive, necessarie per la realizzazione dei livelli essenziali e delle diverse opportunità che il particolare sistema di welfare locale propone di realizzare. Tali risorse possono essere messe a disposizione da altri soggetti locali, pubblici e privati, ad esempio dalla azienda ASL per la quota sanitaria connessa a prestazioni socio-sanitarie integrate all'interno di servizi sociali gestiti dai comuni, ovvero, ad esempio, da collaborazioni tra comuni e altri soggetti sociali all'interno di esperienze di ricorso a forme negoziali nella gestione dei servizi;
- la definizione di riparto della spesa tra comuni dell'ambito territoriale, l'ASL, gli altri soggetti firmatari dell'accordo di programma, con il quale si adotta formalmente il PdZ;
- La definizione di iniziative di formazione e aggiornamento. Tale azione strategica è fondamentale per realizzare interventi integrati, personalizzati, unitari, e per operare in un'organizzazione capace di configurarsi come sistema di rete, da alimentare e governare.

I **contenuti** del piano di zona riguardano:

- gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento;
- le modalità organizzative dei servizi, le risorse messe in campo, i requisiti di qualità;
- l'impostazione del sistema informativo locale;
- le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
- le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali (pensiamo ai rapporti tra i servizi sociali e centri per la giustizia minorile, sistema scolastico locale, sistema formativo ecc.);
- le modalità per la collaborazione tra servizi e soggetti impegnati nelle diverse forme locali di solidarietà sociale;
- le forme di concertazione con l'azienda sanitaria locale, per garantire l'integrazione tra servizi sociali di ambito e servizi sanitari distrettuali.

Con la scelta degli obiettivi e delle priorità di intervento si specifica il tipo, la qualità, l'ampiezza del sistema di promozione e di protezione che si intende garantire a livello locale.

Gli altri elementi contenuti nel Piano di zona, quali i vari coordinamenti, le forme di collaborazione, vanno a qualificare, nello specifico del contesto territoriale, lo spessore e i connotati del *welfare mix* locale.

I **soggetti** dei Piani di zona sono i comuni associati negli ambiti territoriali individuati dalle regioni.

Di fatto i comuni assumeranno lo strumento programmatico, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, per la programmazione delle così dette aree ad elevata integrazione. In particolare, tale approccio integrato deve avvenire coniugando tra loro i due strumenti programmatici locali: il piano di zona dei servizi sociali, di cui all'art. 19 della legge n.328/2000, e il programma delle attività territoriali, di cui all'art. 3-quater, D.L. n. 229/1999.

I due strumenti hanno singoli titolari di competenze, rispettivamente i comuni per i servizi sociali e l'azienda ASL per i servizi sanitari, e devono essere concepiti come strumenti nelle mani di più interlocutori quando affrontano i servizi integrati.

Alle regioni resta il compito di definire, con propri atti formali, le modalità con le quali l'incontro di responsabilità potrà essere facilitato, prima di tutto facendo in modo che i due strumenti vengano approvati contestualmente.

Lo strumento scelto dal legislatore per approvare il piano è l'accordo di programma, ai sensi dell'art. 27 della legge 142/1990 e successive modificazioni.

All'accordo partecipano i comuni dell'ambito, l'azienda unità sanitaria locale, eventuali altre Istituzioni pubbliche locali e, novità introdotta dalla legge, i soggetti privati che «attraverso specifiche forme di concertazione» concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

Nell'art. 19 della legge non si accenna alla metodologia necessaria alla costruzione dello strumento di programmazione. Tuttavia, dalla lettura dell'intero articolato della legge, è possibile ipotizzare alcune fasi e, all'interno di esse, i contenuti, le funzioni prevalenti da esercitare, le attenzioni da prestare, le condizioni che potrebbero risultare facilitanti.

L'iter dei piani di zona

Fase 1: l'avvio della procedura e la costituzione di tavoli di lavoro

Negli ambiti territoriali individuati dalle regioni, il sindaco del comune capofila avvia il processo curando l'informazione nei confronti di tutti i soggetti interessati. È opportuno convocare una conferenza dei servizi alla quale partecipino tutti i comuni dell'ambito, l'azienda unità sanitaria locale, l'amministrazione provinciale e gli altri enti significativi operanti nell'ambito. In tale sede vanno inoltre definite le procedure, i tempi, gli apporti, le funzioni di ognuno e le modalità per garantire le forme di partecipazione alla programmazione degli altri soggetti locali. La conferenza dei servizi è la sede in cui definire anche la costituzione di due organi che dovranno operare in sinergia pur nella specificità delle funzioni: il primo, un organo politico, una sorta di esecutivo espresso dall'insieme dei soggetti istituzionali pubblici convocati alla conferenza con compiti di regia e di definizione della rotta, il secondo, un organo tecnico con funzioni operative, di supporto al soggetto istituzionale competente nella predisposizione del piano di zona.

Fase 2: la costruzione della base conoscitiva

È la fase in cui l'organo tecnico predispose tutti gli elementi conoscitivi utili per effettuare la diagnosi di comunità e quindi la scelta degli obiettivi e delle priorità. È opportuno leggere i bisogni



ma anche le risorse, individuare i percorsi di integrazione già presenti o quelli ritenuti indispensabili da raccordare e mettere in rete, costruire la mappa dei soggetti presenti e operanti e il sistema delle collaborazioni in atto. È consigliabile, in questa fase, effettuare una fotografia del sistema dei servizi e delle prestazioni esistenti poiché tale strumento risulterà utile al momento della verifica dei risultati prodotti dal Piano di zona.

Fase 3: la diagnosi di comunità e la scelta degli obiettivi

L'organo politico, con il supporto dei tecnici, analizza i dati emergenti dalla base conoscitiva, prende atto del profilo di comunità così come emerge dalla lettura della realtà, definisce quali opportunità garantire, prende in esame i vincoli e opportunità, individua i fattori di sviluppo locali e delinea il tipo di welfare locale che intende garantire attraverso il piano di zona. In tale fase l'organo politico prende in esame i bisogni (legati a povertà economiche e/o culturali, a marginalità relazionali e/o sociali, a disfunzionalità fisiche e/o psichiche, a impossibilità o incapacità degli adulti a garantire corretti processi di crescita dei soggetti in età evolutiva), e i sogni, cioè quei livelli di benessere da garantire a tutta la popolazione qualificando e supportando i normali ambiti di vita e relazione, valorizzando, in primis, i contesti familiari. È necessario che in sede di definizione degli obiettivi si presti attenzione a specificarli in: obiettivi di salute, obiettivi di sistema; obiettivi di integrazione. Per ultimo è utile sottolineare che gli obiettivi devono risultare osservabili, misurabili, perseguibili, pertinenti e compatibili.

Fase 4: la definizione dei contenuti

È la fase in cui i due organi, il politico e il tecnico, operano in stretta sinergia. A partire dagli obiettivi i contenuti del piano possono così essere articolati:

- il sistema dei servizi e delle prestazioni da realizzare nell'ambito territoriale e nell'arco del triennio. I servizi e le prestazioni devono conformarsi a criteri di complementarietà, flessibilità, integrazione, devono essere contestualizzati e devono valorizzare forme e modalità di intervento rispettose delle culture locali;
- le modalità di finanziamento del sistema, specificando la quota del fondo sociale ricevuta in assegnazione dalla regione, le risorse messe in campo dagli enti locali, le quote a carico del bilancio sanitario dell'azienda unità sanitaria locale, le risorse provenienti da altri enti, le quote derivanti dal concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni;
- le modalità organizzative e gestionali che garantiscano i criteri di unitarietà e di integrazione. Vanno altresì garantiti i criteri di qualità così come definiti dalle regioni;
- gli apporti dei privati e in genere dei soggetti di cui all'art. 1, comma 4, della legge, nella progettazione e gestione del sistema dei servizi;
- le modalità di accesso alla rete dei servizi, di progettazione individualizzata e di personalizzazione degli interventi;
- le modalità e gli strumenti di coordinamento tra gli enti locali, le altre istituzioni pubbliche, gli organi periferici delle amministrazioni statali;
- l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari, mettendo in rete, livello di ambito territoriale, coincidente con il distretto sanitario, servizi, finanziamenti e strumenti di programmazione, come già definito nel D.L. n. 229/99, art. 3;
- l'integrazione tra le politiche dei servizi sociali e le politiche del lavoro, della formazione professionale, del territorio, dello

sviluppo socio-economico;

- le azioni strategiche utili a sostenere e qualificare l'impostazione e la realizzazione del sistema integrato locale. In particolare nel Piano di zona è opportuno prevedere l'avvio e le modalità di funzionamento del sistema informativo locale, l'attivazione di un ufficio di piano, la programmazione di iniziative di formazione e di aggiornamento del personale dei servizi.

Fase 5: l'approvazione

Il piano è adottato attraverso l'accordo di programma al quale partecipano i comuni nell'ambito territoriale, l'azienda unità sanitaria locale, nonché i soggetti di cui all'art. 1, comma 4, e all'art. 10 (le IPAB), che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

Trattandosi di uno strumento di programmazione, sembra opportuno richiamare la necessità del coinvolgimento dei consigli comunali e la garanzia della partecipazione di tutti gli aventi diritto.

Infine sembra utile sottolineare la necessità che nell'accordo di programma si specifichino gli organi di governo del patto tra i soggetti, per garantire non solo l'immediata operatività del piano, dopo la sua approvazione, ma anche la soluzione di eventuali difficoltà che potrebbero insorgere nel corso della sua implementazione.

Piani di zona: la specificità della Regione Siciliana

L'approvazione delle Linee guida per l'attuazione del piano



socio-sanitario della Regione Siciliana - Decreto Presidenziale 4 novembre 2002 - ha avviato nella nostra Regione un processo di cambiamento mirato a ridefinire la politica sociale alla luce dei principi innovativi introdotti dalla legge 8 novembre 2000, n.328 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Le disposizioni nazionali, che sostituiscono quelle dettate dalla legge Crispi del 1890, appaiono in piena continuità con la legge regionale 9 maggio 1986, n. 22 di Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia, che prevede un sistema integrato socio-sanitario, basato sulla pianificazione locale e riconosce il diritto del soggetto ad essere protagonista nella risposta al proprio bisogno.

La legge n. 328 riafferma con forza questi principi, li completa, li ridefinisce alla luce delle esperienze maturate in ambito sociale e li pone alla base del nuovo sistema: sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza, economicità da una parte e concertazione, valorizzazione del terzo settore, cittadinanza attiva dall'altra sono espressione di una politica sociale che non è più appannaggio degli addetti ai lavori, ma frutto di un'attività trasversale, condivi-

sa, di cui tutti devono sentirsi responsabili.

Il percorso intrapreso con la pubblicazione della CIRCOLARE 18 marzo 2003, n. 85 si prefigge di promuovere nel triennio una politica sociale che partendo dal basso ("programmazione bottom up"), fosse in grado di garantire a tutti i cittadini una migliore qualità di vita, con riguardo, in particolar modo, ai livelli essenziali che avrebbero dovuto costituire oggetto di priorità nei diversi contesti territoriali.

Il sistema definito dalle Linee guida nel 2002 tende a coinvolgere tutti i soggetti interessati alla politica sociale, siano essi politici che semplici cittadini. Si afferma, infatti, che il benessere è obiettivo comune e può essere raggiunto solo attraverso la mobilitazione di tutta la comunità locale.

Secondo questa logica l'indice ragionato per la stesura del piano di zona, allegato alla citata circolare, elaborato dall'ufficio Piano e approvato dalla cabina di regia, costituisce un ulteriore strumento per sostenere la fase di avvio del nuovo sistema sociale.

Nelle diverse fasi che compongono il percorso operativo mirato alla redazione ed approvazione dei singoli piani di zona, intervengono una serie di organismi e strutture di governo ognuna con specifiche attribuzioni funzionali. Al comune, quale ente territoriale più vicino alle persone, è affidata la regia del sistema integrato dei servizi. In ottemperanza al disposto dell'art. 8 della legge n. 328/2000, i comuni della Regione vengono aggregati in distretti. Nella determinazione degli ambiti territoriali, impostata sul modello della *distrettualizzazione* sanitaria, viene individuato il distretto sanitario quale ambito ottimale per attuare la completa integrazione delle prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie attraverso la condivisione dei diversi processi assistenziali. In funzione di questo, con D.P.R.S. 4 novembre 2002, per la Regione siciliana, sono stati costituiti 55 distretti socio-sanitari di cui tre per le città metropolitane di Palermo, Catania e Messina; i comuni facenti parte di ogni singolo distretto sono individuati nella tabella riportata nelle Linee guida (cap. 7.4) opportunamente rettificata con gli "avvisi di modifica" pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 2 del 10 gennaio 2003 - parte I e nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 4 del 24 gennaio 2003 - parte I. All'interno di ogni distretto viene individuato un Comune al quale affidare l'organizzazione ed il coordinamento degli interventi sul territorio. Il comune così individuato viene definito comune capofila ed è identificato nel comune sede del distretto sanitario.

I comuni del distretto socio-sanitario si avvalgono dell'ufficio di servizio sociale, delineato dalla legge regionale n. 22/86 e dalle successive disposizioni attuative emanate con il Regolamento-Tipo (D.P.R.S. 28 maggio 1987), quale struttura tecnica deputata al coordinamento ed alla programmazione dei servizi alla persona. I comuni associati in ambito distrettuale, inoltre, per facilitare al cittadino l'accesso ai servizi, garantire un utilizzo coordinato e qualificato della rete e fornire una corretta informazione sul nuovo sistema integrato delle politiche sociali, devono istituire o potenziare sportelli unificati (focal point). In questo ambito rientra la competenza del segretariato sociale (cap. 3.7 delle linee guida). Il sistema di governo proposto, basato sull'esigenza di promuovere forme stabili di coordinamento politico-istituzionale e tecnico-istituzionale, si struttura su tre livelli, strettamente correlati, e con competenze definite e finalizzate alla creazione del nuovo sistema di welfare a livello territoriale e, specificatamente: 1) livello istituzionale di indirizzo; 2) livello dell'integrazione socio-sanitaria; 3) livello

tecnico di supporto.

La dimensione distrettuale e provinciale proposta, funzionale al percorso di costruzione dei PdZ integrati, non può prescindere da una stretta correlazione con gli organismi previsti a livello regionale quali la cabina di regia e l'ufficio di piano (cap. 8.6 delle Linee guida), il coordinamento socio-sanitario e la conferenza regionale socio-sanitaria per le cui competenze e composizione si rimanda alle "Linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della Regione siciliana".

La cabina di regia regionale e l'ufficio di piano sono stati istituiti con decreti dell'Assessore regionale per gli enti locali, rispettivamente n. 3679 del 28 ottobre 2002 e n. 3680 del 28 ottobre 2002.

	Livello Istituzionale	Livello Integrazione	Supporto Tecnico
Distrettuale	Comitato dei Sindaci di Distretto Socio-Sanitario	Piano di Zona	Gruppo Piano
Provinciale	Conferenza dei Sindaci	Comitato di garanzia	Segreteria Tecnica
Regionale	Conferenza Regionale Socio-Sanitaria	Coordinamento Socio-sanitario	
	Cabina di Regia		Ufficio Piano

Il gruppo piano

(D.P.R.S. 4/11/2002 - G.U.R.S. 22/11/2002 n. 53 - Suppl. Ordinario n. 1)

Il Gruppo piano è la struttura tecnica di riferimento per i Comuni che compongono ogni Distretto socio-sanitario ed è preposto all'attuazione di tutti i provvedimenti propedeutici alla redazione dei piani di zona, nonché alla gestione dello stesso.

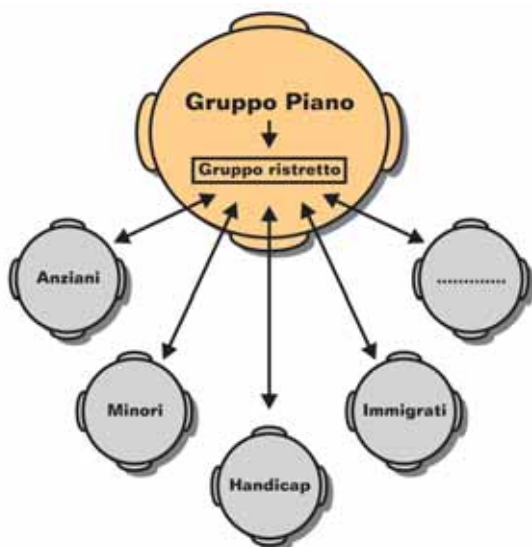
Le sue funzioni possono essere così sintetizzate:

- predisporre la Relazione sociale quale rapporto di analisi e di valutazione dei bisogni locali (Domanda), del livello dei servizi socio-sanitari e delle risorse professionali presenti a livello distrettuale (Offerta);
- definisce gli obiettivi e le priorità del PdZ a livello distrettuale;
- provvede alla gestione e coordinamento del Tavolo di concertazione distrettuale;
- predisporre il Bilancio di distretto, sulla base dei singoli Piani Finanziari redatti dai Comuni appartenenti ad ogni Distretto socio-sanitario integrati con il Piano Finanziario AUSL;
- redige il PdZ;
- predisporre gli atti per l'organizzazione dei servizi e per l'eventuale affidamento di essi ai soggetti previsti dal comma 5 dell'art. 1 legge 8 novembre 2000, n. 328
- organizza la raccolta delle informazioni e dei dati al fine della realizzazione del sistema di monitoraggio e valutazione;
- rimodula le attività previste dal PdZ, con l'eventuale acquisizione di diverse competenze o nuove figure professionali per l'espletamento dei propri compiti;
- predisporre l'articolato dei protocolli d'intesa e degli altri atti finalizzati a realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali e con gli altri attori sociali coinvolti nella realizzazione del PdZ (Terzo Settore ed Enti Terzi);

- predisporre una relazione annuale sullo stato di attuazione del PdZ con l'indicazione del livello di attuazione, nonché sull'utilizzo delle somme ricevute dal Comune capofila quale destinatario del fondo complessivo assegnato all'ambito territoriale;
- promuove iniziative per il reperimento di altre risorse a valere su fonti di finanziamento comunitarie, nazionali e regionali per lo sviluppo delle politiche di inclusione sociale ed il consolidamento della rete integrata degli interventi e dei servizi sociali;
- formula indicazioni e suggerimenti in tema di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori.

Il Gruppo piano ha sede in ogni Comune capofila ed è composto:

- da funzionari ed operatori tecnici delle aree sociali ed amministrativo-contabile degli Enti Locali, con la partecipazione di almeno una unità (sia tecnica che amministrativo-contabile) per ogni Comune facente parte del Distretto socio-sanitario;
- da un rappresentante del Distretto sanitario AUSL nominato dal Direttore generale dell'AUSL;
- da rappresentanti del Terzo Settore;
- da rappresentanti degli Enti Terzi;
- un referente territoriale della Cabina di regia, nominato dall'Assessore Regionale agli Enti Locali in attuazione delle attività previste nelle Linee Guida (Cap. 8.6), con compiti di supporto e di sostegno alle procedure amministrative e al metodo seguito per la programmazione locale.



Il Gruppo Piano favorisce la partecipazione di tutti i soggetti interessati, nell'ambito distrettuale, alla predisposizione del PdZ, attraverso la costituzione di un **tavolo di concertazione** articolato in laboratori tematici con funzione di co-progettazione (relativi alle aree anziani, handicap, minori, famiglie, immigrati, ecc.) che terranno conto delle esigenze prioritarie dei singoli territori.

Il tavolo di concertazione distrettuale verrà gestito dal medesimo Gruppo Piano che, come già detto, individuerà tra i suoi componenti i responsabili dei diversi laboratori tematici che avranno il compito di riportare in seno allo stesso, le risultanze dell'attività ai fini della redazione del PdZ.

Prima ricognizione dei piani di zona (triennio 2004-2006)

La ricognizione dei PdZ della Sicilia, avvenuta nel mese di settembre 2006 con la diretta partecipazione di tutti i Distretti socio-sanitari e attraverso l'utilizzo di una scheda di ricognizione, ha confermato notevoli ritardi nell'avvio dei PdZ. Lo strumento di rilevazione dei dati e delle informazioni è stato definito sulla base di uno schema compatibile con il sistema di monitoraggio e valutazione definito in ambito S.I.R.I.S. - *Sistema informativo regionale integrato socio-sanitario* al fine di poter fissare un'attendibile base di riflessione da comparare con i dati che si rileveranno nell'ambito del primo monitoraggio qualitativo ed economico-finanziario previsto nel Sistema di coordinamento (Sistema di gestione dei PdZ) del S.I.R.I.S..

Il quadro di riferimento della rilevazione sopra citata svolto dal Servizio 3° *Funzionamento e qualità del sistema integrato degli interventi dei servizi sociali - Ufficio Piano* sui PdZ presentati dai Distretti socio-sanitari è il seguente:

QUADRO RIEPILOGATIVO REGIONALE		
Legenda	Numero	%
PdZ Presentati	55	100
PdZ Valutati	55	100
PdZ Congruì (Definitivi)	55	100

RIEPILOGO DEI 55 PIANI DI ZONA DELLA SICILIA Settembre 2006		
Stato delle azioni	Azioni	%
Avviate tutte le azioni del PdZ	6	11
Avviate alcune azioni del PdZ	39	71
Non avviate le azioni del PdZ	10	18
Totale	55	100

AVVIO DELLE AZIONI DEI PIANI DI ZONA QUADRO REGIONALE - Settembre 2006		
Stato delle azioni	Azioni	%
Azioni avviate	418	49
Azioni non avviate	426	51
Totale	844	100

STATO DELLE AZIONI DEI PIANI DI ZONA Settembre 2006	
Stato delle azioni	%
Azioni avviate	49
Azioni non avviate	28
Azioni per le quali è stata avviata la procedura di affidamento	23
Totale	100

- Ad oggi tutti i PdZ sono stati approvati e a tutti i 55 Distretti socio-sanitari sono state erogate le risorse. Soltanto 6 Distretti socio-sanitari (pari all'11%) hanno avviato tutte le azioni del PdZ, 37 Distretti hanno avviato in parte il PdZ (pari al 71%) e 10 Distretti non hanno avviato nessuna azione. Le 844 azioni

dei 55 PdZ risultano essere avviate soltanto nella misura del 49% (pari a 418 azioni). Una rilevante criticità che è diretta conseguenza della mancata adozione, in ambito distrettuale, di adeguate forme di gestione associata del PdZ, rappresentando la fase dell'affidamento dei servizi un vero e proprio ostacolo per i processi di avviamento degli interventi e dei servizi programmati, pur in presenza della disponibilità di risorse dedicate. Le azioni, infatti, per le quali non è stata avviata nessuna procedura rappresentano il 28% del totale delle azioni.

• In Sicilia, a conclusione del primo triennio di avvio della riforma sociale risultano forti differenze nei tempi di avvio, attuazione e gestione dei piani di zona da parte dei 55 distretti socio-sanitari che rendono faticosa la piena attuazione della legge 328/00 e la costruzione di un nuovo sistema di welfare. La legge quadro "per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" ha avviato alla logica riparativa ed assistenziale proponendo una cultura della responsabilità sociale allargata in cui tutti sono chiamati a concorrere alla soluzione dei problemi secondo una logica delle convergenze e delle competenze. Il nuovo approccio culturale, tuttavia, ha trovato difficoltà ad affermarsi, in parte a causa di una scarsa identità territoriale e di appartenenza che ha reso faticoso il coordinamento tra gli organismi istituzionali, in parte per gli ostacoli di ordine burocratico-amministrativi, tecnicoprofessionali ed economici. Nelle Regioni dove si sono consolidati sistemi di welfare più innovativi il processo di riforma è stato più efficace che in altre. La Sicilia, benché avesse licenziato una propria legge regionale di riordino dei servizi sociali già nell'86, non è riuscita ad esprimere, in questi anni, un sistema di protezione e d'inclusione sociale che non fosse di tipo risarcitorio e riparativo. Attualmente il Terzo settore è relegato a compiti di gestione dei progetti e delle risorse, senza avere - nella maggior parte dei casi - un alcun ruolo significativo nella programmazione dei servizi e degli interventi e nell'individuazione degli obiettivi e delle strategie.

forme attraverso cui organizzare la risposta sociale ai bisogni dei cittadini, non più centrata unicamente sul modello dello Stato finanziatore-produttore. Lo sviluppo delle organizzazioni non-profit consente di superare i vincoli sempre più consistenti della spesa pubblica e di sviluppare sistemi di servizio più flessibili e più centrati sui bisogni e la partecipazione dei cittadini-utenti. Come emerge da numerose ricerche internazionali, le organizzazioni del Terzo settore in nessun paese appaiono in grado di sostituire lo Stato, né tanto meno di fornire una risposta definitiva e decisiva alle difficoltà della finanza pubblica. Il contributo potenziale e in parte già reale offerto da queste organizzazioni per il miglioramento del livello di soddisfazione dei bisogni sociali risulta essere di dimensioni rilevanti. Necessita però di un design organizzativo appropriato e, soprattutto, di specifiche e competenti figure professionali.

EVOLUZIONE DEI BISOGNI E NUOVE FIGURE PROFESSIONALI

Come si è delineato nel percorso proposto sinora l'area dei servizi di Welfare e Terzo settore può essere definita come l'insieme di servizi e interventi volti a prevenire, farsi carico e, lì dove possibile, eliminare le cosiddette povertà di gruppo e fascia debole: ossia povertà determinate dalle gravi carenze che si riscontrano nel contesto socio-ambientale e che vanno a discapito soprattutto di alcuni soggetti quali gli anziani, i soggetti in condizioni di handicap, i malati di mente, i tossicodipendenti, gli immigrati, i giovani disadattati, le persone e i nuclei familiari indigenti.

La Legge 328 individua le fasce di individui aventi diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Vi si legge che il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità (art. 2, comma 2).

E ancora:

«I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali».

Naturalmente le categorie indicate sono molto ampie e debbono trovare al loro interno una specificazione ulteriore.

È comunque possibile, partendo dai gruppi sociali "svantaggiati", individuare i bisogni di assistenza più pressanti e rapportarli, successivamente, a una possibile definizione dei servizi sociali più richiesti e, quindi, delle competenze professionali destinate a una maggiore diffusione.

Le categorie cosiddette "svantaggiate" sono così classificabili:

- nuclei familiari a basso reddito;
- minori e giovani in situazioni di disagio;
- persone con inabilità di ordine fisico o psichico;
- persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti della vita quotidiana;
- persone dipendenti da droghe, alcol e farmaci;
- cittadini dell'Unione Europea e stranieri (extracomunitari con regolare permesso di soggiorno, profughi, rifugiati) che vivono situazioni di grave disagio sociale.

A queste categorie svantaggiate si affiancano tipologie di interventi per esigenze differenti, così classificabili:

I "NUMERI" DEL NON PROFIT IN ITALIA:

Volontari	5,5 milioni
Associazioni	150.000
Fondazioni	2.000
Fondazioni bancarie	88
Patrimonio fondazioni bancarie	70mila miliardi di lire
Cooperative sociali	5.000
Lavoratori remunerati	108.000
Fatturato aggregato	3mila miliardi di lire
Totale occupati nel Terzo settore	690.000
Percentuale su occupati in Italia	3,1%
Fatturato Terzo settore su Pil	2,7%

Fonte: Barbetta G., Università Cattolica, "Il settore nonprofit Italiano" ed. Il Mulino

Eppure è inevitabile che nel futuro le realtà del Terzo settore rivestiranno, accanto alle istituzioni pubbliche, un ruolo molto importante nella evoluzione del Welfare. Le organizzazioni non profit rappresentano la ricerca - o meglio la necessità - di nuove

1. interventi per la tutela della vita, della salute e dell'ambiente fisico e materiale di sussistenza (rispondenti a bisogni di sussistenza e supporto terapeutico);

2. interventi per la promozione, il recupero e lo sviluppo delle condizioni essenziali di autonomia per singoli individui e gruppi sociali (rispondenti a bisogni di assistenza alla mobilità, relazionali e di sostegno alle persone in difficoltà);

3. interventi per l'incremento, l'arricchimento e lo sviluppo della qualità culturale e simbolica negli ambienti sociali (rispondenti a bisogni di educazione specifica o socializzazione);

4. interventi per l'orientamento e il collocamento al lavoro (rispondenti a bisogni di formazione, pre-inserimento lavorativo, assistenza alla ricerca del lavoro, ecc.).

Sono queste pressanti esigenze che hanno posto in forte discussione il modello di assistenza finora adottato e hanno causato la nascita di nuove organizzazioni fornitrici di servizi assistenziali: le organizzazioni profit e non profit si sono aggiunte a quelle pubbliche. Questi soggetti costituiranno nel futuro, insieme alle istituzioni pubbliche - specie quelle locali - una rete di servizi integrati per una crescente richiesta di prestazioni sociali.

In conseguenza dei nuovi bisogni e della necessità di elaborare risposte adeguate, anche il mondo delle professioni sociali è costretto a ridefinizione ed innovazione.

Le professioni di aiuto alla persona - assistente sociale, educatore professionale, animatore, ecc. - negli ultimi anni vivono un clima di grande sviluppo. Esso è dovuto, oltre che alle novità legislative, soprattutto ad un'esplosione delle situazioni di disagio e di emergenza sociale, al crescente peso di categorie meno protette (es. gli anziani e gli extracomunitari) ed al nascere di nuovi bisogni. La maggiore richiesta di servizi e il processo di diversificazione degli stessi porta ad un accrescimento della spesa per l'integrazione sociale e amplia il campo di intervento.

Questo fenomeno si accompagna naturalmente ad una crescente richiesta di figure professionali specializzate in questi temi.

Ma l'individuazione delle professioni sociali non sempre risulta semplice: il settore sta subendo forti modifiche, e le cause sono varie: la richiesta crescente di persone fortemente competenti e specializzate; il processo (a volte lento e faticoso) di istituzionalizzazione di alcune professionalità operanti da anni nel settore sociale (come nel caso degli assistenti sociali); l'emergere di figure "nuove"; il progressivo consolidamento dei percorsi accademici finalizzati a formare gli operatori del Terzo settore.

I luoghi del sociale

Il contenuto relazionale è presente in ogni intervento sociale e si ritrova prevalentemente nei luoghi della vita quotidiana, quali la famiglia, i luoghi dell'incontro e della socializzazione ecc.. La categoria del sociale deve pertanto molto a questi luoghi, poiché proprio essi hanno contribuito a consentire di definire come sociali gli interventi e i servizi.

Nel tempo si è assistito ad un processo per cui i servizi, da uno scopo in prevalenza assistenziale-riparatorio - hanno progressivamente fatto propri obiettivi di tutela e di promozione.

Tuttavia il cambiamento è difficile, come dimostrano anche la complessa questione dei profili professionali e l'individuazione delle relative aree di competenza. Uno dei rischi maggiori consiste nel costruire i profili professionali e gli ambiti di pertinenza secondo il criterio della residualità, rispetto a categorie più definite o più facilmente definibili, prima tra tutte quella del sanitario.

Il complesso universo del sociale richiede poi la necessità di

porre delle differenze semantiche nell'uso di termini che, correntemente, vengono utilizzati come sinonimi, tra questi i termini professionista ed operatore.

Così nel primo caso è compreso il concetto di sapere che implica un insieme di conoscenze e di valori che orientano le scelte e i comportamenti; un sapere che si acquisisce e di cui ci si appropria pienamente attraverso l'esercizio (della professione) e quindi mediante l'esperienza. Tale sapere non presenta pertanto caratteristiche facilmente inquadrabili in protocolli o standard.

Nel secondo caso ci si riferisce invece al possesso di specifiche competenze tecniche, necessarie a produrre correttamente un'azione o una procedura. Tali competenze possono essere classificate secondo schemi precisi e possono essere collocate entro schemi condivisi.

L'uso di un termine o dell'altro si riflette quindi ad almeno tre livelli, così descrivibili:

- attribuzione della responsabilità delle azioni;
- determinazione e la divisione degli ambiti di competenza dei diversi profili;
- gerarchizzazione dei vari livelli.

Oggi, accanto alle figure sociali tradizionali, operanti ai diversi livelli e nei diversi campi (assistenti sociali, sociologi, psicologi, educatori, animatori, operatori di assistenza, ecc.) si aggiungono progressivamente nuove figure, che nascono da nuovi bisogni.

Forte è la tentazione di imboccare la strada della "chiarezza e della certezza" (del fare), quando invece l'esercizio concreto dell'attività (professionale o operativa) evidenzia la necessità di flessibilità e "permeabilità" (dall'ambiente), per mantenere legami e corrispondenze con la dinamica dei bisogni da soddisfare.

Poiché i bisogni non sono classificabili in modo definitivo, risentendo delle variabili culturali, spaziali e temporali, è necessario porre attenzione ai servizi organizzati, come il prevalente contesto nel quale le professioni sociali vengono esercitate.

Da questo punto di vista si delineano due panorami diversificati: quello che vede un'organizzazione che enfatizza le competenze tecniche e pratica i criteri di divisione (scientifica) del lavoro; richiede e valorizza i profili definiti, gli spazi chiusi, i compiti certi, le norme precise, il controllo e la documentazione delle decisioni; l'altro che invece enfatizza i processi e i risultati; richiede e valorizza la condivisione, la comunicazione, la flessibilità, l'adattamento, le linee guida, le verifiche e la documentazione dei risultati.

È ovvio che ciascuno dei due scenari descritti determina conseguenza diverse; essi si pongono non in contrapposizione l'uno con l'altro ma il secondo rappresenta un'evoluzione del primo, comprendendolo: specifiche competenze e tecniche di quanti operano all'interno dei processi divengono duttili strumenti.

Un'ultima riflessione a proposito dei ruoli di gestione. Le differenze più rilevanti che si riscontrano negli scenari descritti riguardano soprattutto le funzioni dirigenziali: il controllo sulle competenze, anche gerarchizzate, e sulle prestazioni tecniche - privilegiando il contenuto dell'attività - sono propri del primo scenario, la guida e l'implementazione dei processi, il sostegno della motivazione, la promozione e lo sviluppo della comunicazione, il controllo dei risultati, la condivisione degli esiti (derivanti dai processi e, all'interno di questi, delle diverse e specifiche attività) del secondo.

La rete territoriale dei servizi è soggetta a cambiamenti continui che richiedono dirigenti di alto profilo. Ma quali sono le caratteristiche che questi ultimi devono possedere? Alla luce di quanto

sostenuto finora, non si tratta di codificare una figura specifica, bensì di individuare le competenze distintive che sono requisiti indispensabili per i ruoli dirigenti.

Oggi l'unico profilo che è abilitato a ricoprire ruoli gestionali rilevanti per la rete dei servizi, tanto nei Comuni quanto negli Uffici di Piano delle zone è quello dell'assistente sociale. Questa professione è articolata in due livelli, che definiscono le competenze gestionali sia per i ruoli di coordinamento (assistente sociale), che per la dirigenza (assistente sociale specialistica). Ma l'accesso ai ruoli di gestione è aperto ad altri iter formativi e professionali, e quindi anche la nostra professione dovrebbe essere molto presente portando avanti istanze in questo campo e proponendo scientificamente modelli che consentano di formalizzare il nucleo indispensabile di competenze che saranno proprie a chi dirigerà i servizi.

LA SPECIFICITÀ DELLA SICILIA: UN CONTRIBUTO DI RICERCA

Nell'ambito delle azioni programmate, il gruppo di lavoro "Professione e politiche sociali" ha voluto finalizzare l'operato di questa prima annualità alla realizzazione di un'attività di ricerca relativa alla prima triennalità dei Piani di Zona (2004/2006), con l'obiettivo di monitorare la presenza degli psicologi nell'ambito delle attività finanziate dalla L. 328/00 e di comprendere ruoli e funzioni svolti.

Ambito territoriale di indagine è stato il "Distretto socio-sanitario", aggregazione di comuni definita già a partire dalla L.285/97, luogo in cui i bisogni si manifestano con caratteristiche specificità ed in cui trovano risposta attraverso la programmazione degli interventi. Sono stati monitorati 20 dei 55 distretti socio sanitari presenti in Sicilia, in particolare

Lo strumento per la raccolta dei dati è stato un questionario somministrato ai dirigenti dei Servizi Sociali del Comune capofila, nella qualità di coordinatori, o ad operatori di terzo settore presenti nel gruppo piano. La somministrazione è stata effettuata da colleghi nel periodo compreso tra l'aprile ed il giugno del 2007.

Rispetto allo stato di avanzamento delle attività previste dai piani, al momento della rilevazione, 16 distretti avevano in corso le attività previste dalla I annualità, 1 distretto quelle della II, e 3 distretti quelli della III.

All'interno degli organismi gestionali previsti dal piano di zona sono stati complessivamente coinvolti 18 psicologi, con la seguente provenienza e collocazione

RUOLO	S.	E.L.	T.S.	Au.	Altro
Nr. psicologi componenti del gruppo piano	6	4	6	-	2
Nr. psicologi componenti del gruppo ristretto di piano	4*	2*	4*	-	1*
Nr. psicologi componenti dell'ufficio di piano	2*	2*	1*	-	-
Nr. psicologi presenti nella segreteria provinciale	-	-	-	-	-
* coincidono con quelli componenti il Gruppo Piano					
S.=Sanità, E.L.=Ente Locale, T.S=Terzo Settore, A=Autonomo					

DISTRETTI MONITORATI

D1 Agrigento	D21 Agira	D25 Lipari	D42 Palermo	D50 Trapani
D2 Bivona	D22 Enna	D26 Messina		D51 Pantelleria
D3 Canicattì	D24 Piazza Armerina	D28 Barcellona Pozzo di G.		D52 Marsala
D5 Licata		D32 Taormina		D54 Castelvetrano
D7 Agrigento				D55 Alcamo
D10 Mussomeli				
D11 Casteltermini				

COMUNI INTERESSATI DALLA RICERCA

01	Agrigento, Aragona, S. Angelo Muxaro, Comitini, Favara, Porto Empedocle, Realmondo, Siculiana, Raffadali, Joppolo Giancaxio, S. Elisabetta;
02	Bivona, S. Stefano di Quisquina, Alessandria della Rocca, S. Biagio Platani, Cianciana;
03	Canicattì, Castrolibero, Naro, Camastra, Racalmuto, Grotte, Ravanusa, Campobello di Licata;
05	Licata, Palma di Montechiaro;
07	Sciacca, Menfi, S. Margherita Belice, Sambuca di Sicilia, Caltabellotta, Montevago;
010	Mussomeli, Aquaviva Platani, Campofranco, Sutera, Vallerlunga Pratameno, Villalba;
011	San Cataldo, Marianopoli, Serradifalco, Montedoro, Bompensiere, Milena.
021	Agira Regalbuto, Leonforte, Assoro, Nissoria;
023	Nicosia, Sperlinga, Troina, Cerami, Gagliano Castelferrato;
024	Piazza, Armerina Aidone, Barrafranca, Pietraperzia.
025	Lipari, Leni, Malfa, S. Maria Salina;
026	Messina, Scaletta Zanclea, Itala, Villafranca Tirrena, Saponara, Rometta, Roccalumera- Mandanici, Furci Siculo, Nizza di Sicilia, Fiumedinisi, Ali Terme, Ali;
028	Barcellona P. G., Merì, Montalbano Elicona, Basicò, Tripi, Terme Vagliatore, Castoreale, Rodì Milici, Furnari, Falcone, Novara di Sicilia, Mazzarrà S. Andrea, Fondachelli Fantina;
032	Taormina, Castelmola, Gallodoro, Mongiuffi Melia, Letojanni, Motta Camastra, Francavilla di Sicilia, Moio Alcantara, Malvagna, Roccella Valdemone, Cesarò, S. Teodoro, Giardini Naxos, Graniti, Gaggi, S. Teresa Riva, S. Alessio Siculo, Forza d'Agrò, Savoca, Casalvecchio Siculo, Antillo, Limina, Roccafortita, Pagliara.
042	Palermo, Ustica, Villabate, Monreale, Piana degli Albanesi, Altofonte, S. Cristina Gela, Belmonte Mezzagno, Lampedusa e Linosa.
050	Trapani, Paceco, Favignana, Erice, Valderice, S. Vito lo Capo, Custonaci, Buseto Palizzolo;
051	Pantelleria;
052	Marsala Petrosino;
054	Castelvetrano, Campobello di Mazara, S. Ninfa, Poggioreale, Salaparuta, Partanna;
055	Alcamo, Castellammare del Golfo, Calatufimi.

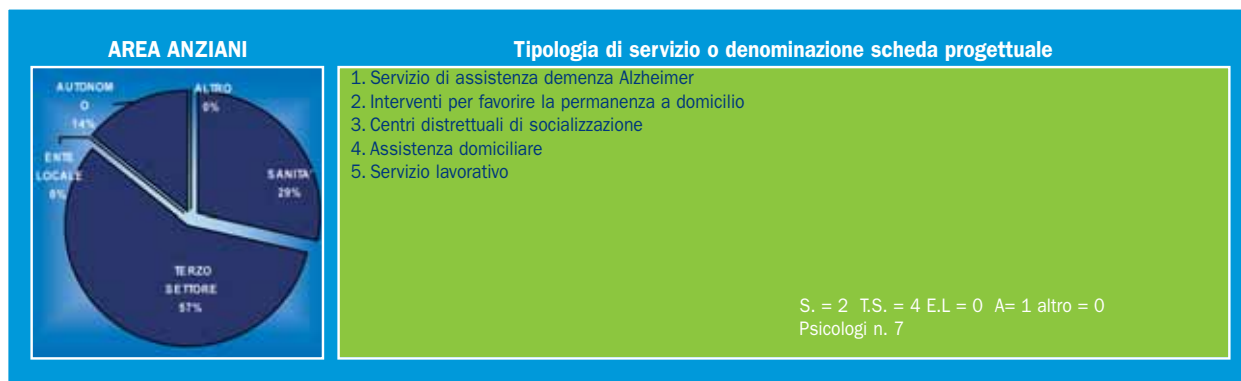
Questionario somministrato a

- coordinatore gruppo piano o suo delegato n. 13
- operatore del terzo settore n. 7

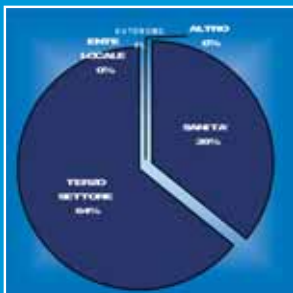
In particolare, le funzioni svolte dai colleghi sono state le seguenti:

FUNZIONE	S.	E.L.	T.S.	Au.	Altro
Nr. psicologi coinvolti nell'area della progettazione	5*	4*	4*	-	2
Nr. psicologi coinvolti nel monitoraggio e la valutazione	2*	2*	2*	-	-
Nr. psicologi coinvolti come consulenti (esterni)	-	-	-	-	-
Nr. psicologi coinvolti nella formazione del personale	-	-	1*	-	-
* coincidono con quelli componenti il Gruppo Piano					
S.=Sanità, E.L.=Ente Locale, T.S=Terzo Settore, Au=Autonomo					

Relativamente alle diverse aree di intervento, gli psicologi monitorati sono stati coinvolti nell'erogazione dei servizi previsti dalle schede progettuali dei piani di zona (risorse indistinte 63% F.N.P.S. - Fondo Nazionale delle Politiche Sociali) con la seguente distribuzione:



AREA SALUTE MENTALE

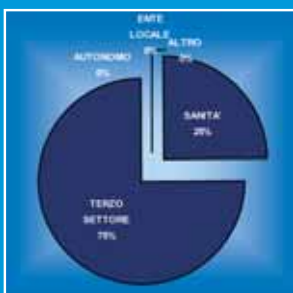


Tipologia di servizio o denominazione scheda progettuale

1. Inserimento di disabili psichici in comunità alloggio
2. Operatori di appoggio
3. Residenze alternative per la salute mentale a bassa intensità assistenziale
4. Progetti individuali per la salute mentale
5. Comunità alloggio
6. Gruppo appartamento
7. Potenziamento centro aggregativo
8. Interventi in favore di disabili mentali
9. Gruppo appartamento
10. Centro di riabilitazione neuropsicomotoria

S. = 5 T.S. = 9 E.L. = 0 A= 0 altro = 0
Psicologi n. 14

AREA DIPENDENZE

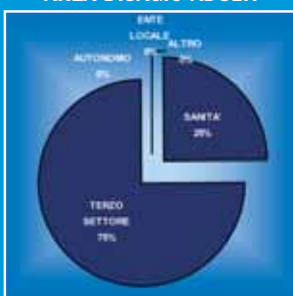


Tipologia di servizio o denominazione scheda progettuale

1. Servizi di tipo specialistico a vertice familiare (media soglia)
2. Servizio di supporto al tossicodipendente detenuto
3. Centro di ascolto ed orientamento prevenzione dipendenze
4. Sostegno all'inserimento socio lavorativo
5. Unità di strada
6. Centro diurno

S. = 3 T.S. = 9 E.L. = 0 A= 0 altro = 0
Psicologi n. 12

AREA DISAGIO ADULTI

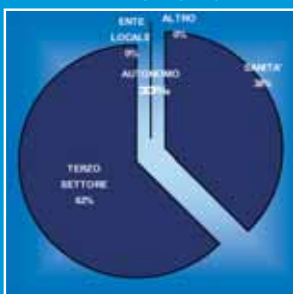


Tipologia di servizio o denominazione scheda progettuale

1. Prestazioni di aiuto personale in chiave di vita indipendente
2. Progetto speranza
3. Centro socio educativo disabili

S. = 0 T.S. = 2 E.L. = 0 A= 1 altro = 0
Psicologi n. 3

AREA PARI OPPORTUNITÀ



Tipologia di servizio o denominazione scheda progettuale

1. Interventi in favore dei disabili
2. Servizi innovativi per l'integrazione sociale dei disabili
3. Disabilità: servizio di seminternato
4. Assistenza domiciliare disabili
5. Centri territoriali socio educativi
6. Piano integrato servizi socioassistenziali e socioassistenziali

S. = 3 T.S. = 5 E.L. = 0 A= 0 altro = 0
Psicologi n. 8

AREA POLITICHE CARCERARIE E SICUREZZA STRADALE

S. = 0 T.S. = 0 E.L. = 0 A= 1 altro = 0 Psicologi n. 1

AREA IMMIGRATI

S. = 0 T.S. = 3 E.L. = 0 A= 0 altro = 0 Psicologi n. 3

ALTRO

S. = 3 T.S. = 7 E.L. = 0 A= 0 altro = 0 Psicologi n. 7

Qualche riflessione sui dati

I distretti oggetto dell'indagine sono stati 20, per un totale di 144 Comuni. Complessivamente gli psicologi che hanno svolto la loro attività nell'ambito dei servizi erogati dal Piano di zona sono stati 87. Muovendo dalla considerazione che le risorse provenienti dalla Sanità e dagli Enti Locali, nella quasi totalità dei casi, non sono state reperite con nuove assunzioni o conferimento di incarichi, è possibile affermare che solo il terzo settore ha fornito opportunità di occupazione, seppure con carattere discontinuo, in relazione anche alla non continuità e frammentarietà dei servizi erogati nelle diverse annualità. Scorrendo quindi le risorse provenienti dalla Sanità e dagli Enti Locali vediamo che degli 87 colleghi il 75,86%, pari a 66, ha trovato un'opportunità lavorativa.

L'area minori è quella che vede la maggior parte di presenze, men-



tre assolutamente carente risulta l'area anziani, che pure viene oggi sentita come una priorità di intervento in relazione al progressivo allungamento della vita. Sempre in relazione alla lettura dei bisogni emergenti sul territorio, lascia quantomeno sorpresi il dato relativo all'area immigrazione, in cui solo 3 colleghi provenienti dal terzo settore sono coinvolti, tutti appartenenti al territorio della provincia di Agrigento.

La presenza degli psicologi che operano come liberi professionisti è assolutamente limitata e circoscritta ad alcune aree di intervento. Nei distretti monitorati nessun collega occupa stabilmente ruoli gestionali negli all'interno dei Comuni (servizi sociali) o uffici di piano.

Molte delle tipologie dei servizi erogati non trovano una collocazione negli standard strutturali e gestionali previsti dalla L. 22/86 segna-

lando la necessità di procedere quanto prima possibile all'accreditamento, come previsto dalla L. 328/00. Infatti, all'art. 6 della citata legge, si afferma che "(...) Ai Comuni (...) spetta l'esercizio delle seguenti attività:

- a) programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5;
- b) erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche diverse da quelle disciplinate dall'articolo 22, e dei titoli di cui all'articolo 17, nonché delle attività assistenziali già di competenza delle province, con le modalità stabilite dalla legge regionale di cui all'articolo 8, comma 5;
- c) autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, secondo quanto stabilito ai sensi degli articoli 8, comma 3, lettera f), e 9, comma 1, lettera c);
- d) partecipazione al procedimento per l'individuazione degli ambiti territoriali, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a); e) definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3, ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi.

Certamente l'area dei servizi alla persona e alla famiglia presenta una sua particolare complessità non esauribile né sul piano strettamente tecnico né su quello esclusivamente politico o amministrativo. Questa consapevolezza è già esplicitata dagli artt. 4, 5 e 6 della 328 che riconoscono e ribadiscono, accanto agli enti locali, alle regioni e allo stato, il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose, delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali... Tutti questi 'soggetti' sono 'invitati' a partecipare come protagonisti attivi alla progettazione e gestione di interventi e servizi; appare pertanto fondamentale essere in grado di rappresentare la professione psicologica, e la visione del mondo che questa porta, all'interno delle sedi in cui viene realizzata l'analisi dei bisogni del territorio per poi tradurli in operatività attraverso gli interventi progettuali. Per fare ciò bisognerebbe pertanto rendersi visibili e riconoscibili, per potere giungere ai tavoli tematici con un proprio contributo di priorità scaturite dall'analisi dei bisogni da una prospettiva quantitativa e qualitativa.

A proposito di analisi dei bisogni espressi dal territorio lo psicologo potrebbe certamente contribuire a rilevare priorità ed obiettivi strategici, ad individuare bisogni, risorse e strumenti, a selezionare e proporre metodologie di rilevazione dei dati territoriali, a promuovere studi e ricerche inerenti le indagini sull'esclusione sociale, come previsto dall'art. 27 istitutivo della Commissione di indagine sull'esclusione sociale.

Altro aspetto di interesse per la professione è possibilità di proporsi come facilitatori di processi di organizzazione e cambiamento: il funzionamento dei piani di zona è infatti complesso per via dei numerosi attori che vi concorrono come anche per la difficoltà di contemperare numerosi bisogni e limitate risorse finanziarie. Tuttavia l'aspetto più ostico pare essere quello della comunicazione e condivisione di visioni da parte di organizzazioni aventi storie e culture diverse: Enti Locali, Sanità, Terzo Settore rappresentano livelli istituzionali del sociale pubblico e privato che manifestano difficoltà nel creare un contesto comunitario che favorisca l'integrazione di linguaggi istituzionali differenti.

Ancora, la nostra professionalità potrebbe contribuire nel promuovere e facilitare la partecipazione comunitaria alla definizione degli obiettivi perseguibili attraverso azioni di ricerca-intervento sul Welfare Community, elaborazione delle strategie di informazione, sensibilizzazione e consulenza ai cittadini; progettazione delle metodologie di

comunicazione tra le istituzioni pubbliche ed i cittadini; programmazione dei servizi front-office; elaborazione della metodologie di gestione delle informazioni in entrata ed uscita.

La sola lettura della L.328/00 rende evidente quanto "lavoro psicologico" sia potenzialmente richiesto in vari settori ed in diversi segmenti della "rete sociale dei servizi". Nel suo articolo Il ruolo dello psicologo nella programmazione e nell'organizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali il collega Paolo Bozzaro aveva così identificato i possibili compiti dello psicologo all'interno del distretto sociale ed in stretta collaborazione con gli altri operatori:

- Svolge un ruolo di garante del livello minimo di assistenza da assicurare ai cittadini attraverso la valutazione delle aree critiche e la progettazione di piani di sviluppo della comunità.
- Partecipa al monitoraggio dei livelli di qualità da garantire nello svolgimento del lavoro sociale (condizione degli operatori sociali, delle organizzazioni di lavoro, impatto sulla comunità degli interventi programmati...).
- Valuta la qualità psicologica degli interventi progettati e realizzati, nonché l'impatto sulla rete sociale del territorio.
- Progetta e promuove interventi di rilevazione territoriale delle aspettative, dei bisogni e delle problematiche degli abitanti del territorio e ne valuta la soddisfazione al termine di ogni fase del piano di interventi programmati, al fine di modellare tali interventi sulle caratteristiche reali del bacino d'utenza.
- Cura lo scambio di informazione e l'instaurazione di una comunicazione efficace tra cittadini fruitori, organismi gestori di servizi e gli enti pubblici che garantiscono i livelli minimi di assistenza ed assicurano il livello di qualità ottimale negli interventi programmati.
- Partecipa al coordinamento del lavoro delle agenzie territoriali deputate alla relazione con il pubblico per la prestazione di servizi specifici come il segretariato sociale, le attività di formazione, informazione e consulenza, la raccolta di informazioni sensibili e strategiche.
- Partecipa, insieme agli altri, all'elaborazione del piano di zona, alla programmazione degli interventi, alla individuazione e utilizzazione delle risorse.
- Interviene direttamente con gli strumenti della psicologia sociale e di comunità nel promuovere l'integrazione dei servizi alla persona e al nucleo familiare, con interventi di sostegno psicologico individuale e strategie di gruppo, volte a ottimizzare le risorse in percorsi attivi di assistenza.

A fronte di questi spazi potenzialmente occupabili, ad oggi solo marginalmente occupati come la ricerca dimostra - appare indispensabile per lo psicologo che si immagina ad operare nel sociale, una formazione di base che - accanto a consolidate competenze che definiscono gli atti tipici della professione, preveda una flessibilità di pensiero consapevole di muoversi in un libero mercato in cui vigono le regole della concorrenza ed in cui i profili professionali affini sono molto competitivi. Cultura giuridica, economica, imprenditoriale non possono essergli estranee, pena l'isolamento ed una forte limitazione delle potenzialità occupazionali.

Ringrazio tutti i colleghi che hanno partecipato all'azione di ricerca con la loro disponibilità o fattiva collaborazione : Giovanna Bonventre, Paolo Bozzaro, Cristina Calabrese, Ambra Cancemi, Giovanna Cannella, Giuseppe Castro, Rita Chianese, Maria Giuseppina Cognata, Marcella Cumbo, Denise De Luca, Arianna Ditta, Antonietta Di Marco, Ausilia Elia, Benedetta Giunta, Giuseppa Lombardo, Maria Carmela Lo Turco, Concetta Mangiafico, Rita Morreale, Elisabetta Mulone, Giuseppina Antonietta Noto, Valentina Pellitteri, Patrizia Providenza, Sebastiana Roccaro, Antonino Sammartano, Sebastiano Santalucia, Lorena Scarfia, Alessandra Stringi.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2002), *La pianificazione sociale come progettualità politica*, in *Animazione sociale*, n. 10, p. 29.
- Ardesi S., Filippini S., (2007), *I pensatori: laboratori per operatori sociali*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 5, pagg. 4-8.
- Barbetta G. (2000), Università Cattolica, *Il settore non profit italiano*, edizioni Il Mulino.
- Bozzaro P.(2002), *Gli psicologi e il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali*, in "Psicologi e Psicologia in Sicilia", anno V,n. 2, Novembre, pagg. 14-17.
- Bozzaro P.(2003), *Il ruolo dello psicologo nella programmazione e nell'organizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali*, in "Aupi Notizie", n. 2.
- Bosio A.C., Graffigna G. (2007), *Quando la ricerca qualitativa diventa una professione*, in "Psicologia sociale", anno 2, n. 3, settembre-dicembre, pagg. 398-409.
- De Ambrogio U. (2007), *I tavoli tematici dei PdZ: risorsa od ostacolo?*, in "Prospettive sociali e sanitarie" n. 5, pagg. 1-4.
- De Robertis G. (2002), *La partnership possibile*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 4, 1 marzo, pp. 1-6.
- Fazzi L. (2002), *Il metodo nella costruzione dei Piani di zona*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 5, 15 marzo, pp.1-5.
- Ferrario P.(2002), *Dalla L. 328/00 a oggi*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 3, 15 febbraio, pp. 1-8
- Leone L.-Prezza M. (1999), *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, F. Angeli, Milano.
- Longo F. (2006), *Gestire i problemi attuativi delle riforme*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 15, pagg. 6-8.
- Perino M. - Galetto E. (2002), *Accreditamento e buono di servizio*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 3, 15 febbraio, pp. 8-10.
- D. Ranci Agnolotto (2008), *Problemi sociali e approcci psicologici*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 5, 15 marzo, pp. 1-2.
- Quargnolo E. (2007), *Sociale e sanitario: sistemi di regolazione*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n. 5, pagg. 9-12.
- Sordelli G. (2005), *Gli operatori sociali tra "fare" e "pensare"*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 22, pagg. 1-3.
- *Un aiuto in Comune*, in "Altroconsumo", n. 203, aprile 2007, pagg. 15-19.



Attività psicologiche e consultori familiari in sicilia

Paolo Bozzaro - coordinatore gruppo di lavoro

Si è tenuto il 16 maggio a Leonforte il Seminario di approfondimento sui Consultori Familiari durante il quale sono state presentate le prime conclusioni del Gruppo di Lavoro e avviato un importante confronto sul ruolo della psicologia e degli psicologi nell'area materno-infantile.

Dedicato esclusivamente agli psicologi delle Aziende Sanitarie, il Seminario ha visto la partecipazione di 61 colleghi sui 130 impegnati nei servizi consultoriali. Una presenza significativa che ha permesso di avviare una prima riflessione sui dati raccolti e di puntualizzare, provincia per provincia, le condizioni dei servizi: dall'offerta delle prestazioni alle condizioni di lavoro, ai rapporti con l'utenza, con gli enti locali, con la scuola e con i Tribunali.

Il Consultorio Familiare – dal 1975 (anno della legge istitutiva n. 405) ad oggi – ha rappresentato e rappresenta uno dei servizi socio-sanitari più importanti del territorio: l'unico che ha come target di riferimento la famiglia nel suo complesso, della quale in una prospettiva sostanzialmente sistemica cerca di individuarne i bisogni, le esigenze, le criticità, i percorsi evolutivi. Presente in quasi tutti i distretti sanitari, a diretto contatto con le diverse fasce di popolazione, impegnato contemporaneamente su obiettivi di prevenzione, di assistenza, di diagnosi, di sostegno e di cura, il Consultorio Familiare si è andato evolvendo adattandosi di volta in volta alle specificità della popolazione di riferimento e alle differenze territoriali, ma mantenendo costanti alcune linee di azione, rintracciabili in ogni consultorio: educazione sessuale e affettiva, contraccezione, aborto, percorso nascita, adozioni e affidi, assistenza psicologica alla coppia e alle famiglie con problemi, assistenza in casi di abuso e maltrattamenti su minori e sulle donne.

In Sicilia il mancato completamento della rete consultoriale prevista negli anni '80 e le progressive contrazioni di personale hanno costretto i Consultori Familiari a "restringere" l'offerta attiva di servizi e in parecchi casi a rinunciare completamente ad un lavoro più capillare ed esteso di prevenzione a favore di interventi parcellizzati di "tipo specialistico". Il ginecologo, in alcune realtà, ha finito con l'occuparsi unicamente di "consulenze ginecologiche" individuali, così come lo psicologo di "consulenze psicologiche" o di interventi psicoterapici individuali. In alcuni consultori ginecologo e psicologo hanno smesso di collaborare; si pongono nei confronti dell'utenza come due erogatori autonomi e indipendenti di prestazioni specialistiche, non raramente con qualche spunto di sterile competitività.

Non è questa la modalità di organizzazione né la finalità del Consultorio Familiare, che va visto invece come uno dei servizi strategici di frontiera del Dipartimento Materno Infantile, che – come più volte ricordato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (DM 24/4/2000) – dovrebbe rappresentare in ogni Distretto Sanitario lo strumento privilegiato per attuare gli interventi previsti "a tutela della salute della donna più globalmente intesa e considerata nell'arco dell'intera vita, nonché a tutela della salute dell'età evolutiva e dell'adolescenza e delle relazioni di coppia e familiari". Dove con il termine "salute" ci si riferisce ad un concetto che include necessariamente gli aspetti psicologici e che sarebbe più opportuno sostituire più esplicitamente con il termine più esaustivo di "benessere".

Il mancato funzionamento dei Dipartimenti Materno-Infantili



(nel senso della loro piena operatività e non della istituzione puramente formale al solo fine di assegnare un incarico a qualcuno!) sta rischiando in quasi tutte le ASL della Sicilia di lasciare questa area così importante ad una sorta di lento e progressivo "abbandono": non c'è programmazione, non c'è pianificazione di risorse né di azioni, non c'è monitoraggio dei processi né verifica dei risultati. Quasi del tutto assenti i rapporti di integrazione, suggeriti dal P.O.M.I. con gli altri servizi territoriali (ginecologia ambulatoriale, pediatria di libera scelta, psicoterapia, neuropsichiatria infantile e dell'età evolutiva...) o con le U.O. ospedaliere.

In questo contesto di debole "governance" (come si ama dire oggi) il lavoro degli psicologi dei Consultori Familiari rischia di essere privo di linee comuni di azione e di caratterizzazione professionale, di incidenza e riconoscimento interno ed esterno, con conseguenze negative sulla possibilità di offrire agli utenti risposte assistenziali efficaci, stabili, determinate e per lo psicologo di non poter costruire una identità professionale, dal momento che non riesce a dare continuità e coerenza (anche organizzativa) ai propri interventi.

Queste criticità emergono chiaramente dall'analisi di due semplici dati numerici rilevati: il numero degli psicologi presenti (130) rispetto al numero dei consultori attivi (165) e la forte richiesta da parte dei Tribunali di consulenze psicologiche in casi di separazioni, adozioni, affidi e affidamenti. Queste richieste se da una parte hanno sicuramente rappresentato per gli psicologi un'occasione di crescita professionale, perché hanno dovuto confrontarsi con aspetti dell'assessment e della valutazione psicologica diversi da quelli tipici dei contesti clinici, nel tempo sono diventate un carico di lavoro insostenibile e non conciliabile con le altre finalità del lavoro consultoriale.

A riguardo, anche durante il Convegno di Leonforte, parecchi col-

Attività psicologiche nei CF

Attività per il Tribunale	24%
Mediazione familiare	4,5%
Attività di prevenzione	16,5%
Corsi sulla genitorialità	5,5%
Corsi preparazione parto (tot. in un anno)	294
Corsi di menopausa	1,6%
Psicoterapia individuale	23%
Psicoterapia familiare	9%

leggi hanno sollevato la necessità di affrontare in modo più generale ma diretto il rapporto fra Consulenti e Tribunali. Non è possibile, infatti, che lo psicologo del Consultorio Familiare in forza di un decreto assessoriale, che era stato fatto in un contesto molto diverso dall'at-

Consulenti e territorio

La rete dei Consulenti Familiari non copre in modo omogeneo il territorio siciliano, che presenta indici di densità della popolazione molto diversi. Il criterio di riferimento legislativo (1 Consultorio per 20.000 abitanti) non ha mai trovato compiuta realizzazione. Se così fosse avremmo dovuto avere in Sicilia 250 Consulenti. Ne abbiamo aperti e funzionanti (alcuni neppure a tempo pieno) soltanto 165 e concentrati per lo più nei capoluoghi di provincia e nei centri più grossi. Non sempre le stesse distanze chilometriche hanno lo stesso valore: accanto a province con reti stradali funzionali (come Ragusa, Siracusa e Catania) abbiamo realtà come Enna o Messina o Palermo, nelle quali i trasferimenti diventano più complicati e difficili in entrambi i sensi: agli utenti per recarsi con facilità al Servizio, al Servizio per raggiungere (con iniziative itineranti) le possibili utenze (le scuole, ad es.).

Malgrado i ripetuti finanziamenti degli anni scorsi volti al potenziamento delle reti consultoriale – non ultima la somma di 3 milioni e 500 mila euro, messa a disposizione per la Sicilia dal Ministero per la Famiglia nel settembre 2007 - la realtà siciliana è quella rappresentata nelle tavole allegate.

ASL 1 AG

Popolazione	455.227
Densità per km ²	146
Famiglie	156.440
Immigrati	4.547
N° comuni	43
N° consulenti aperti	19 + 2 cv.
N° psicologi	11 dip + 2 cv.

ASL 2 CL

Popolazione	272.918
Densità per km ²	128
Famiglie	96.112
Immigrati	1.366
N° comuni	22
N° consulenti aperti	8
N° psicologi	7 dip

ASL 3 CT

Popolazione	1.076.972
Densità per km ²	293
Famiglie	368.671
Immigrati	13.503
N° comuni	58
N° consulenti aperti	28 + 2 cv.
N° psicologi	21,5 + 2 cv.

ASL 4 EN

Popolazione	176.676
Densità per km ²	69
Famiglie	65.620
Immigrati	710
N° comuni	20
N° consulenti aperti	10
N° psicologi	8

ASL 5 ME

Popolazione	653.861
Densità per km ²	198
Famiglie	243.930
Immigrati	9.432
N° comuni	108
N° consultori aperti	20 + 1 cv.
N° psicologi	15 + 1 cv.

ASL 6 PA

Popolazione	1.241.241
Densità per km ²	240
Famiglie	414.155
Immigrati	19.224
N° comuni	82
N° consultori aperti	35
N° psicologi	31

ASL 7 RG

Popolazione	309.280
Densità per km ²	181
Famiglie	105.342
Immigrati	7.571
N° comuni	12
N° consultori aperti	11
N° psicologi	10

ASL 8 SR

Popolazione	398.948
Densità per km ²	186
Famiglie	142.167
Immigrati	3.145
N° comuni	21
N° consultori aperti	14
N° psicologi	11

ASL 9 TP

Popolazione	434.738
Densità per km ²	168
Famiglie	148.519
Immigrati	6.565
N° comuni	24
N° consultori aperti	15
N° psicologi	11

Per quanto riguarda la presenza degli psicologi nei Consultori Familiari c'è da registrare anzitutto la grave carenza di ben 35 unità. Questa mancanza secca di organico rispetto allo standard minimo (1 psicologo per ogni Consultorio) comporta che in alcune province lo psicologo vada a scavalco (due o tre giorni) su due consultori, con il risultato ovvio che ad essere poi privi della presenza stabile dello psicologo non sono soltanto 35 consultori, bensì 70! Abbiamo più volte segnalato questa realtà alle Direzioni Aziendali e all'Assessorato alla Sanità e – pur consapevoli delle limitazioni che sono state poste rispetto alle assunzioni di personale a tempo indeterminato – non comprendiamo perché non siano state attivate altre strade per sanare queste carenze (incarichi, mobilità, convenzioni...). Qualche ASL, a ragion del vero, parzialmente lo ha fatto (Siracusa, Catania). Ma in generale scarsa è l'attenzione verso tutto il settore del Materno Infantile sia in sedi politiche sia in sedi aziendali, anche se il tema della "famiglia" ricorre frequentemente nelle dichiarazioni ufficiali e nei programmi di ogni governo e partito politico.

Obiettivo di questa ricognizione, della quale saranno pubblicati in un volume a parte le risultanze più analitiche (provincia per provincia) insieme ai documenti normativi di riferimento e agli approfondi-

menti tematici, è proprio quello di fornire un contributo attivo da parte degli psicologi (e della psicologia) perché venga assunta una nuova prospettiva, che – partendo dal potenziamento dei Consultori Familiari – collochi in un sistema integrato di servizi sociali e sanitari gli interventi a favore delle famiglie, superando quelle forme di assistenzialismo episodico e anacronistico (quali, ad esempio l'assegno economico per ogni nuovo nato), che polverizzano le risorse senza creare servizi socio-sanitari stabili.

I genitori vanno "sostenuti" socialmente e psicologicamente lungo tutto il percorso nascita, un percorso che inizia molto tempo prima del concepimento e che non termina sicuramente con la nascita del figlio. Se si interpretano adeguatamente i compiti che le varie normative di riferimento hanno periodicamente sottolineato e rinforzato riguardo ai Consultori Familiari (Tavola II), c'è spazio e materia per costruirvi accanto e attorno una adeguata rete di servizi differenziati e specializzati: dal supporto, all'aiuto, al sostegno, alla consulenza, alla mediazione familiare, agli interventi di prevenzione, di tutela e promozione della salute e del benessere delle famiglie lungo tutto l'arco della vita.

Occorrerà sicuramente individuare delle priorità e dei programmi fattibili e compatibili con le risorse disponibili, ma la logica con la quale – malgrado le criticità – hanno operato, ci fa dire che i Consultori Familiari rappresentano ancora una esperienza innovativa nel panorama dei servizi sanitari e possono rappresentare ancora un modello vincente. Come giustamente ha scritto Michele Grandolfo dell'Istituto Superiore di Sanità, "le attività consultoriali, anche quando iscritte nella dimensione delle cure primarie, hanno rappresentato un importante presidio di riferimento, soprattutto per le sezioni svantaggiate della popolazione, che non avrebbero avuto altre alternative. Indagini campionarie condotte dall'ISS hanno ripetutamente rilevato non solo alto gradimento (>80%) da parte di chi aveva avuto modo di usufruire dei servizi consultoriali, ma anche l'efficacia maggiore dei servizi consultoriali nel garantire esiti positivi e nel prevenire esposizioni inappropriate".

La cultura della quale sono portatori gli operatori dei Consultori Familiari, insieme al patrimonio di esperienze e di competenze che

Compiti dei C.F.

- L. 405/75
- Lg. Rg. 21/78
- L. 194/78
- L. 833/78
- L. 34/96
- PSN 1998/2000
- POMI 2000
- PSR 2000/2002
- PSN 2001/2003
- L. Rg. 10/2003
- PSN 2004/2005
- Atto indirizzo politica sanitaria PSR (2007/2009)
- Bozza PS Lagalla 2008...

Informazione e consulenze, specie ai giovani... - spazio adolescenti

Assistenza sanitaria, psicologica e sociale vs. sessualità, procreazione, contraccezione, percorso nascita, interruz.gravidanza

Assistenza psicologica e sociale al singolo, alla coppia e alla famiglia per difficoltà relazionali, genitoriali, separazione e divorzio, violenza...

Consulenza per diagnosi precoce tumori e malattie a trasm. sessuale

Tavola II

hanno acquisito in questi trent'anni, rappresenta per la nostra comunità un elemento importante di riflessione e di riappropriazione.

A tal riguardo l'Ordine organizzerà nei prossimi mesi un Convegno, aperto a tutti e rivolto propositivamente a coloro che a vario titolo sono coinvolti nella programmazione e nelle scelte di politiche per le famiglie, per far conoscere la condizione attuale dei Consultori e per avviare insieme un processo di reale potenziamento.

Alcuni punti programmatici sono stati già individuati nella Conferenza Nazionale del giugno 2007, svoltasi a Roma alla quale hanno partecipato operatori dei Consultori Familiari di tutte le regioni e sintetizzati nella cosiddetta "carta dei 7 punti" (Tavola III). Sono dei punti che condividiamo e che attengono al sistema di "gestione e organizzazione" dei Consultori Familiari, interno al Sistema Sanitario.

Noi vorremmo, come Ordine della Regione Sicilia, proporre un pacchetto di azioni da attuare a livello regionale e su piani diversi,

I 7 punti di ROMA (giugno 2007 - ISS)

1. Istituzione dell'Anagrafe dei CF.
2. Verifica del Pomi (continuità assistenziale e integrazione con i servizi di II e III liv.).
3. Inserimento degli obiettivi del Pomi nella verifica dell'operato dei Dir. Gen.
4. Obbligo di relazione annuale da parte delle Regioni sui CF.
5. Conferenza biennale nazionale sui CF.
6. Istituzione di un gruppo interregionale dei CF nell'ambito della Commissione Salute Conf. Stato/Regioni.
7. Valorizzazione delle esperienze e Piano di aggiornamento/formazione continua per gli operatori dei CF.

Tavola III



ma convergenti sull'obiettivo di rilanciare la presenza degli psicologi e il contributo della psicologia in tutta l'area materno/infantile/adolescenziale, superando con il concetto di genitorialità la caratterizzazione di genere che ha spesso definito questi ambiti. Le tematiche dell'educazione sessuale e affettiva, della contraccezione, della prevenzione di alcune malattie correlate alla sessualità, della nascita, delle relazioni primarie, dei rapporti intrafamiliari... richiedono un approccio multidisciplinare e il contributo della psicologia è sicuramente originale e importante.

Al Convegno di Leonforte è stata presentata una proposta articolata in vari punti (=azioni), suscettibile di ulteriori integrazioni e precisazioni, sui quali l'Ordine impegnerà i propri sforzi nel futuro prossimo:

- 1) Dossier sulla situazione dei Consultori Familiari in Sicilia.
- 2) Dossier sulle problematiche socialmente e psicologicamente rilevanti dell'età evolutiva e della genitorialità.
- 3) Seminari (focus group) di aggiornamento sul tema: "Il lavoro psicologico con le famiglie: dalla consulenza alla clinica".
- 4) Convegni "esterni" mirati (ad amministratori, politici, operatori delle ASL e degli enti locali, università, tribunali...) sulle criticità individuate e sulle proposte di intervento, anche con campagne di sensibilizzazione e di coinvolgimento.
- 5) Proposte organizzative dentro le ASL per una valorizzazione del contributo della psicologia e del ruolo degli psicologi nei servizi sanitari dell'area materno/infantile, distinguendo l'area dell'assessment psicologico e l'area della consulenza/sostegno/psicoterapia.
- 6) Promozione di un protocollo di intesa con i pediatri sulla valutazione psicologica del bambino.
- 7) Promozione della presenza dello psicologo negli Enti Locali per affidi e adozioni.
- 8) Revisione dei rapporti tra ASI e Tribunali per quanto riguarda le richieste ai CF e alle UU.OO. di NPI.

Sono linee di un programma impegnativo e complesso che per essere portato avanti richiede sinergie e convinzioni ampie, da trovare, costruire e condividere non soltanto con gli psicologi dei Consultori Familiari, ma anche con i colleghi che lavorano nelle comunità per minori, nei piani di zona dei Comuni, nelle scuole, con quanti (libero-professionisti) vogliono mettere 'in rete' le loro competenze cliniche sull'infanzia, sull'adolescenza, sulle relazioni di coppia e/o familiari.

È anche una sfida che può servire ad affrontare in un modo diverso, più attivo e condiviso, l'attuale scenario professionale e occupazionale, che specie per i giovani colleghi, appare estremamente frammentato e difficile.



La professione

Dal disagio al senso della vita

Suor Mariella Lo Turco - psicologo
Figlia di Maria Ausiliatrice

Il mondo dell'adolescenza e dell'infanzia in questi ultimi mesi è stato contrassegnato da un alto livello di disagio emotivo-comportamentale.

Al centro dell'attenzione dei mass media ci sono stati: giovani assassini dei propri genitori, "baby killers" e violentatori adolescenti di bambine.

Di fronte a tali comportamenti come educatori, genitori, adulti, religiosi, ci chiediamo:

1. Tali azioni sono espressione di un "continuum", cioè sono conseguenza dell'alta risonanza interiore e dei disagi relazionali progressivi?

2. Quanto incidono nella società odierna comportamenti autolesivi, tossicodipendenze, violenza, individuale o di gruppo, ...?

3. Quale ruolo ha la famiglia? E le altre istituzioni socio-educative?

Voglio provare a dare risposta a questi interrogativi attraverso una semplice riflessione che scaturisce dal contatto diretto con il mondo giovanile e in modo particolare dal rapporto di consulenza orientativa che quotidianamente mi interpella e mi spinge a ricollocare il ragazzo, il giovane, la famiglia sul sentiero della consapevolezza di un'identità unica e originale da vivere nella relazione con se stesso, con gli altri e con Colui in cui si crede, che per chi è Cristiano ha il nome di un UOMO INCARNATO: GESÙ.

1. QUALE DISAGIO, OGGI?

Nel proporvi questa riflessione vorrei partire dalla considerazione che il disagio oggi oltre a caratterizzarsi come disagio evolutivo presenta connotazioni sociali e morali.

Difatti, possiamo dire che i fattori psico-sociali e morali connessi alla frustrazione di bisogni evolutivi e alla perdita di senso producono le *sindromi a rischio* nell'adolescenza e nella giovinezza.

La frustrazione globale e sistematica dei bisogni primari fondamentali produce disadattamento e marginalità psicologica e, sotto il profilo socio-culturale, emarginazione e devianza.

Tante ricerche portate avanti in tale ambito hanno potuto rilevare come il disagio evolutivo appare enormemente aumentato nelle fasce deboli e più esposte al disadattamento.

Per tal motivo vorrei puntualizzare come il disagio adolescenziale è disagio evolutivo e nel contempo disagio contingente. Da un lato, infatti, è strettamente legato ai compiti di sviluppo tipici dell'età evolutiva, l'adolescenza, all'interno della quale avvengono diverse trasformazioni fisiche

e psichiche (incertezza, disorientamento, oscillazione di atteggiamenti e comportamenti contraddittori). Ma al contempo, l'adolescente partecipa della realtà sociale, caratterizzata dal pluralismo culturale e valoriale e dall'eccedenza o ridondanza delle possibilità e delle esperienze di vita. Il disagio contingente è quindi legato al disagio della modernità, alle sue tensioni e ambivalenze e in modo particolare alla condizione di socializzazione che oggi si presenta modificata.

Dopo tali considerazioni, prima di concludere questo primo punto, vorrei ribadire come oggi il disagio appare connesso più che con il *deficit* con l'eccedenza di opportunità che l'attuale società offre.

In questo senso **disagio** è la difficoltà e talora l'incapacità di gestire la complessità e le contraddizioni della vita quotidiana.

Adolescenti e giovani sono costretti a subire processi di forte selezione e situazioni di marginalità, data:

- la difficoltà di assumere lo status adulto;
- la situazione di crisi socio-culturale-morale-religiosa;
- l'assenza di forti principi e di valori esistenziali;
- la diffusa esperienza di sincretismo religioso e culturale;
- il diffondersi del pensiero replicante;
- la diffusa cultura-mercato. Il mercato non è più soltanto una realtà economica e finanziaria ma anche una realtà spirituale, culturale, ...non si impone più solo il modo di vestire, di alimentarsi, ...ma perfino che cosa si deve sentire, desiderare e pensare;
- il dilagare dell'incomunicabilità, della solitudine, del sentimento di paura e del generale indebolimento dell'identità che caratterizzano la società attuale.

2. QUALI I VOLTI DEL DISAGIO, OGGI?

2.1 Disagio sociale

Diverse sono le cause del disagio sociale che si giocano, principalmente sulle relazioni interpersonali. Senza pretesa di esaustività voglio indicarne alcune che mi sembrano emergenti.

L'esperienza quotidiana fa rilevare come, sempre più spesso, **i genitori siano nella concretezza assenti dalla vita affettiva e relazionale dei figli**, spesso per motivi di lavoro o per il bisogno di realizzarsi, professionalmente e socialmente, fuori dell'ambito familiare.

Le **situazioni conflittuali all'interno delle famiglie** sembrano moltiplicarsi e, sempre più frequentemente, sfociano in separazioni o divorzi.

L'**ostilità e le tensioni emotive** presenti in ambito familiare, sempre più spesso sono proiettate sulla parte più indifesa, i figli, usati spesso in modo strumentale e ricattatorio.

I **disturbi comunicativi** presenti nel sistema familiare.

Da famiglie con patologica inibizione del comportamento dei singoli componenti (famiglia inibita), a famiglie con assoluta mancanza di norme di comportamento (famiglia anomica), da famiglie con eccessiva coesione interna (famiglia isolata), a famiglie con esagerata stima di uno o di tutti i componenti (famiglia ipervalorizzante), da famiglie con eccessiva espressione d'aggressività (famiglia esplosiva), a famiglie con eccessiva dipendenza da un componente privilegiato (famiglie a cordone ombelicale integro).

La **gravidanza materna accidentale** o calcolata per secondi fini.

La **troppo precoce età** dei genitori e la disgregazione familiare, con o senza ricostituzione di un nucleo familiare, spesso ulteriore fonte di disagio emotivo dell'adolescente

La **solidarietà sociale espressa in situazioni formali** più che in situazioni concrete e quotidiane.

La **politicizzazione dei servizi pubblici e la competitività** di gruppi interessati.

L'**insignificanza dell'istituzione scolastica** e la poca incisività nella vita personale, culturale e sociale della persona. Il disagio causato dalla scuola trova le sue radici nella relazione e non nell'apprendimento.

Difatti, tale disagio è determinato fondamentalmente dalla rigidità e dal disinteresse. Tali elementi acuiscono difficoltà relazionali notevoli e si traducono il più delle volte nella caduta della motivazione e in problemi di insicurezza e ripiegamento.

Il **tradizionalismo religioso** che genera una mancata identità culturale e religiosa.

2.2 Disagio educativo

Nella società pre-industriale la famiglia rappresentava il sistema sociale principale, con valenze non solo di sostegno e di solidarietà in termini relazionali ristretti ma anche ambiente privilegiato della trasmissione d'esperienze tra generazioni, con chiare valenze educative e culturali.

L'attuale famiglia nucleare non solo ha perso gran parte di queste funzioni educative, ma spesso non riesce a fornire neanche un adeguato sostegno emotivo ed un sufficiente investimento affettivo verso i figli. A volte per il bisogno di realizzarsi, in campo professionale e sociale, ma, sempre più spesso,



per obiettive necessità economiche, entrambi i genitori si allontanano dall'ambito familiare, per svolgere un'attività lavorativa, per un lungo lasso di tempo nell'arco della giornata. In questo contesto, i bambini, sempre più frequentemente, sono affidati ad asili nido, a scuole materne, ad altre istituzioni d'assistenza all'infanzia, oppure a giovani "baby-sitters" occasionali, spesso inesperte e demotivate. Man mano che il bambino cresce sempre più spesso viene a trovarsi solo con se stesso, spesso abbandonato per molte ore senza custodia, davanti al televisore, le cui trasmissioni sono non sempre educative ed adatte all'infanzia, oppure aggregato a gruppi di coetanei, non sempre adeguatamente coinvolti in attività istruttive e/o ricreative.

Il Ministero di Grazia e Giustizia italiano ha rilevato che: il numero di ragazzi al disotto dei quattordici anni, denunciati all'autorità giudiziaria, è raddoppiato.

Alla base di questa situazione com-

plexiva si può riconoscere nella nostra società un ridotto impegno educativo degli adulti, in ambito familiare, ma anche nel contesto scolastico.

Il vero valore, che viene costantemente ed insistentemente introiettato, attraverso migliaia di spot pubblicitari, è la ricerca del piacere individuale, esclusivo, proprio delle classi più agiate, da perseguire con tutti i mezzi.

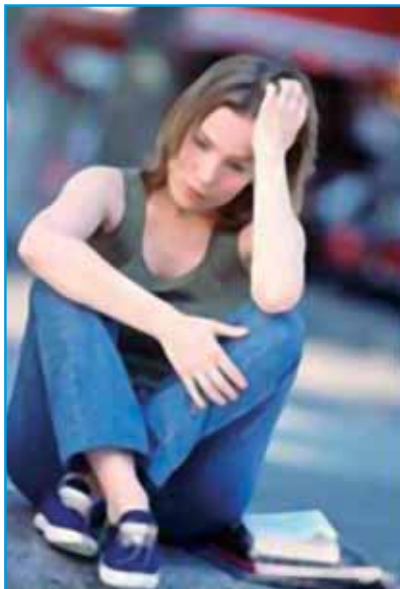
Sempre più spesso, in ambito familiare, manca nei confronti della prole un investimento affettivo privilegiato, un modello relazionale di sviluppo, ma anche, nel contesto sociale ed istituzionale, un chiaro progetto di educazione dell'infanzia e dell'adolescenza.

Non sempre le istituzioni civili e religiose sono attrezzate a combattere il fenomeno del disagio.

Purtroppo, si fa poca vera educazione. Talora, manca, la sufficiente preparazione e l'adeguata motivazione di educatori, insegnanti, catechisti, religiosi, genitori nell'affrontare i numerosi e delicati temi ed i tanti problemi di crescita emotiva e di maturazione

sociale dell'adolescente e del giovane, che spesso è abbandonato a se stesso e non riceve un sufficiente sostegno affettivo e socio-relazionale, né in ambito familiare, né in quello istituzionale-sociale.

Guardando il mondo giovanile è sempre più frequente imbattersi in gio-



vani ben cresciuti, ma non ancora maturi emotivamente, sportivi, sani, vestiti con indumenti firmati, ma senza ideali, senza obiettivi di vita, insoddisfatti, annoiati, spesso soli in un mondo ostile e pericoloso.

Gli adolescenti si ritrovano troppo frequentemente senza figure parentali con cui confrontarsi, cui chiedere conforto ed aiuto nell'affrontare la difficile stagione delle scelte di vita. Talora, l'adolescenza si prolunga sul piano emotivo, relazionale e sociale, per molti anni. Il giovane continua, così, a dipendere totalmente dalla famiglia di origine, spesso mal tollerata e tiranneggiata con richieste assurde.

Il sottile e pervasivo senso di colpa, avvertito più o meno consciamente da genitori lontani e distratti, legato al sempre minore legame affettivo, stabilitosi negli anni con i figli, spesso si traduce in una gran disponibilità a fornire i tanti surrogati d'affetto, offerti dalla società dei consumi, sotto forma d'oggetti del desiderio, dal giocattolo costoso ed esclusivo per il bambino, all'auto sportiva e potente, per il giovane.

Purtroppo nessun oggetto, per quanto costoso, può sostituire un sin-

cero rapporto d'affetto, né può riempire il vuoto creato dal mancato sostegno emotivo, in situazioni difficili sul piano psicologico, soprattutto in un'età critica, come quella adolescenziale.

In altre parole, l'amore non si compra al supermercato, il televisore non può sostituire, per un individuo in età evolutiva, il nonno, la zia, ma ancor meno la figura paterna o quella materna.

Sinteticamente possiamo dire che: il disagio trova le sue cause ricorrenti nella:

- limitata attenzione alla personalità del ragazzo/a;
- scarsa abitudine da parte degli adulti a condividere le scelte di vita;
- mancata fiducia ad affidare responsabilità;
- carenza di un dialogo motivante da parte degli adulti;
- iperprotezione o autoritarismo;
- scarsa partecipazione e poco coinvolgimento;
- rigidità e superficialità educativa

2.3 Disagio esistenziale

Nella società moderna, il disagio giovanile trova nell'abuso di sostanze psicotrope e di droghe una delle sue manifestazioni disadattive più diffuse e frequenti.

Nella ricerca dei fattori predisponenti o causali del fenomeno tossicodipendenza possono essere riconosciuti spesso meccanismi psicodinamici particolari. L'uso di droga, in un'ottica interpretativa psicodinamica, può esprimere, così, la necessità di compensare disturbi nevrotici, traumatici o attuali, ma anche di correggere disturbi psicopatologici "borderline" o disturbi del carattere.

Non sempre, però, è possibile evidenziare una chiara psicogenesi del comportamento tossicofilo, mentre sempre più frequentemente viene espresso dai giovani un vago ma pervadente disagio esistenziale. Troppe volte ci si trova ad accogliere giovani in difficoltà, cui tutti, dalla famiglia, alle amicizie, dalla scuola, ai coetanei, avevano, di fatto, negato qualsiasi aiuto e sostegno, in mille modi richiesto, semplicemente perché, secondo i più, il giovane in questione "non aveva alcun problema". Probabilmente, il "problema" di questi giovani in difficoltà, ma anche di ognuno di noi, riflettendoci un attimo, è l'accettare se stessi ed il mondo in cui si vive, senza per questo perdere la

necessaria fiducia nei futuri ed opportuni miglioramenti da apportare, in entrambi, con il proprio impegno.

In tale ottica, l'abuso di sostanze psicotrope, ma anche qualsiasi altra forma di dipendenza da eventi o fattori a valenza gratificante, può considerarsi sostanzialmente una forma di fuga dalla realtà, una fuga dal dolore e dalla responsabilità, in altri termini una fuga dalla libertà. Da questo punto di vista, tutti i comportamenti volti a deresponsabilizzare l'individuo, come l'accettazione irrazionale di un'autorità normativa esterna, e tutti i comportamenti volti a ridurre la consapevolezza di se stessi e del mondo circostante, dall'uso d'alcool a quello di droghe, possono essere considerati come intrinsecamente volti alla riduzione più o meno inconsapevole dell'angoscia esistenziale.

In altri termini, la problematica esistenziale, tanto evidente in epoca adolescenziale, si traduce da un lato in ansia di libertà, d'indipendenza e d'autonomia dalla famiglia, dall'altro, in angoscia della libertà, che può portare ad ogni immaginabile forma di dipendenza. Tale angoscia induce l'adolescente a ricercare un modello cui adeguarsi, un'identità, una cristallizzazione tra tutte le possibili forme dell'io, un limite alla sua indistinta possibilità di divenire e di strutturarsi, una serie d'ideali da perseguire, delle mete da raggiungere, un codice di comportamento da rispettare.

Inoltre, l'adolescente alterna comportamenti ed esigenze di sostegno affettivo e relazionale, talora più infantili, talora più mature. Vive conflittualmente il bisogno d'autonomia ed indipendenza, ma anche, la paura dell'abbandono parentale e genitoriale.

L'adolescente vive, in pratica, una crisi, una conflittualità intrapsichica e socio-relazionale, tra bisogno d'emancipazione e desiderio di dipendenza. Tale crisi, basta guardare la vita personale di ogni essere umano non è solo dell'adolescente.

Difatti, questa profonda dicotomia intrinseca all'uomo, tra sete di libertà ed angoscia esistenziale, che spinge alla dipendenza ed all'incoscienza, giustifica ampiamente l'apparente contrasto tra la visione evangelica, che fa della religione, la ricerca della verità e la premessa alla libertà ("... cerchete la verità e la verità vi farà liberi."

Gv.8,32) e la visione laica della religione temporale, stigmatizzata da alcuni come oppio dei popoli.

Il pensiero religioso, di tutti i secoli e d'ogni civiltà, talora anche quello filosofico, ha proposto all'uomo una rivoluzione di valori, una conversione dal mondo esteriore al mondo interiore, dal mondo dei sensi, al mondo dello spirito. Le dimensioni spirituali, infatti, dell'uomo portano con sé e sono intrinsecamente permeate da una scala di valori sostanzialmente alternativa, rispetto a quella, che si può definire, comune. La necessità di conversione, il bisogno di insegnare una dottrina dello spirito ed un sentiero di redenzione, confermano, per l'intera umanità, in ogni epoca storica ed in ogni civiltà, il prevalere in ambito sociale e nell'intimo motivarsi d'ogni individuo, di valori economici, legati e finalizzati soprattutto al benessere personale, perseguito spesso anche a danno di quelli altrui o di quello collettivo.

A tal proposito, il pensiero di Erich Fromm, uno psicoanalista umanista, appare estremamente suggestivo ed attuale. "La cultura occidentale moderna sembra molto lontana da una critica dell'io e del MIO. Rifugge dall'introspezione sostituendo i valori dell'essere con i valori dell'apparire, dell'appartenere e del possedere". Inoltre, nella nostra civiltà, ognuno, in ambito sociale, ma purtroppo anche a livello intrapsichico, è costantemente identificato ed identificabile con ciò che ha, dai beni di consumo, alle caratteristiche fisiche, dal ruolo professionale a quello socio-familiare. Il valore sociale dell'individuo, spesso, s'identifica con le sue capacità produttive, in ambito economico e con il suo ruolo in ambito socio-istituzionale. È semplice verificare come tale tipo d'identificazione non appartenga esclusivamente alla società ed alla cultura, intesi come influenze esterne all'individuo, ma condizionino fortemente, interiorizzandosi, il limite dell'io.

2.4 Dal disagio alla ricerca di valori umani autentici

È chiaro che gli ideali restano tali e non valori di vita, se non vengono testimoniati quotidianamente e con coerenza, se, cioè, non sono del tutto espressione di una chiara consapevolezza interiore e frutto di una matura espansione di coscienza. Ai valori umani autentici, quindi, è opportuno e logico formare la gioventù, in ambito scolastico, ma, soprattutto, in ambito familiare e micro-sociale. Come si può pretendere dai propri figli comportamenti ed atteggiamenti di solidarietà, quando gli esempi comportamentali, che sono forniti quotidianamente, sono d'egoismo, sopraffazione e violenza? Quanto è formativo il proclamare formalmente degli ideali di vita, puntualmente contraddetti nella vita quotidiana?

I giovani, soprattutto in epoca adolescenziale, ricercano adulti significativi che gli indicano i valori umani autentici. A questi richiedono semplicemente esempi di vita ed espressioni di vera interiore coerenza tra idee, ideali e valori praticati, che sono portati naturalmente ad imitare ed interiorizzare.

Si può quindi dedurre che la **coerenza interiore ed esteriore** tra ideali proclamati e vita quotidiana, **l'armonica sintesi tra pensiero**, parola ed azione, sia il valore di vita principale.

Tale valore si caratterizza per la sua dinamicità **la vita è un continuo superamento di schemi e forme**. Un continuo divenire. Una costante evoluzione, che rifugge tanto da astratte visioni che da morte cristallizzazioni.



Il valore della dinamicità della vita fa appello all'aforisma "L'uomo che non cambia mai opinione è come l'acqua stagnante, alimenta i vermi della sua coscienza".

La via della saggezza esistenziale, che lungi dall'essere una fuga dalla realtà, è immergersi nell'hic et nunc, nel qui ed ora, nella realtà "reale".

Immergersi nella realtà "reale" per coglierne le forze che permettono di lanciare oltre l'immediato piacere e giungere alla riscoperta del senso profondo delle cose.

Qualcuno, a tal proposito direbbe: "Finché l'uomo nella sua sete di piacere creerà vincoli a se stesso i dardi dell'affanno non potranno non trafiggerne il cuore" (Kularnava Tantra).

E per concludere riprendo un pensiero di un grande scienziato occidentale, che ci ha indicato la strada per vivere e non solo ricercare il valore autentico della vita: l'unità e l'armonia di personalità.

"Un essere umano è parte di un intero chiamato universo. Egli sperimenta i suoi pensieri ed i suoi sentimenti come qualcosa di separato dal resto: una specie d'illusione ottica della coscienza. Questa illusione è una specie di prigione. Il nostro compito deve essere quello di liberare noi stessi da questa prigione, attraverso l'allargamento del nostro circolo di conoscenza e comprensione, sino ad includere tutte le creature viventi e l'interezza della natura nella sua bellezza" (Albert Einstein).

Riferimenti Bibliografici

- SATIR V.: Psicodinamica e psicoterapia del nucleo familiare. Armando, Roma, 1973.
- DE TONI E., DE TONI T., GASTALDI R., PALUMBO M.: Adolescenza. Verso un approccio multidisciplinare. Editeam, Ferrara, 1992.
- VULLO C., DE SANCTIS V.: Curare gli adolescenti. NIS Ed., Roma, 1992.
- LABOS: Giovani e violenza, T.E.R. Ed., Roma, 1988.
- FROMM E.: Avere o essere. Mondadori, Milano, 1977.
- EINSTEIN A.: L'autobiografia scientifica. Boringhieri, Torino, 1979.
- COSPES, L'età incompiuta, Torino, ElleDiCi 1995.

Psicologi assistenti alla sofferenza adolescenziale

Antonino Marù - consigliere

Affiancare le persone che soffrono nel faticoso cammino verso la riconquista del benessere, è forse questo il principale mandato della professione di psicologo. Generalmente si pensa che il dolore psichico debba appartenere al mondo dei grandi, ci disturba l'idea di vedere un ragazzo triste, angosciato o arrabbiato. Purtroppo, tutti siamo esposti alla sofferenza esistenziale, perché tutti siamo esposti agli eventi critici che la determinano.

Voglio qui soffermarmi a riflettere sul tipo di sofferenza psichica che colpisce gli adolescenti e che inevitabilmente ha una ricaduta sulla loro vita scolastica.

Li vediamo la mattina entrare a scuola chiassosi, disordinati e, non ti guardano mai negli occhi. Sembrano tutti uguali dentro le loro divise fatte di jeans e di giubbotti neri, anche gli zaini per i libri sono omologati e omologanti. Ma con i ragazzi, ogni giorno, entrano a scuola due cose importanti che né docenti né operatori riusciamo a percepire: "le loro dinamiche e i loro zainetti della vita".

Le dinamiche dei ruoli, sono un patrimonio esclusivo dei ragazzi e fanno riferimento ai comportamenti sociali agiti all'interno del gruppo-classe: il leader, l'arrogante, il timido, il secchione, la vittima, il prepotente, il buffone, l'invisibile, il facilitatore sociale, l'isolato, il responsabile e l'emarginato. L'attribuzione dei ruoli è un capitolo interessante nella storia della classe, può provenire da un sogget-

to popolare, quindi una personalità forte, come da un gruppetto di opinion leader. Il ruolo scaturisce dall'incontro tra una personalità e la vita di un gruppo sociale, cui volenti o nolenti si deve appartenere, i compagni di classe non li scegli, te li ritrovi! Le caratteristiche del ruolo sono: l'assoggettamento, la resistenza al cambiamento e lo spirito di omertà.

Quando il gruppo condivide il ruolo per un determinato ragazzo, questi finisce con l'assoggettarsi a tale ruolo, la sua visibilità e la sua identità sociale è filtrata e condizionata da quel ruolo, che con ogni probabilità lo accompagnerà per tutta la permanenza in quella scuola.

Destruire un ruolo attribuito è un'operazione molto difficile, vuol dire perdere, per un po' di tempo, l'identità sociale e le relative conferme: "se non sei più il ragazzo timido di prima, chi sei?" Durante la ricerca e la costruzione della nuova identità bisogna essere pronti a fare un po' di strada da soli, il che presuppone un buon livello di autostima e la possibilità di essere sostenuti e incoraggiati nei momenti di crisi. Questo è complicato perché entra in gioco la terza dinamica dei ruoli, il segreto condiviso, l'occultamento del ruolo agito a genitori ed operatori scolastici.

Siamo riusciti a comprendere qualcosa sulle dinamiche dei ruoli attraverso due vie: la somministrazione al gruppo classe di un questionario anonimo e le testimonianze spontanee avute tramite lo sportello ascolto. Il primo indaga sulla percezione che ogni alunno ha dei suoi compagni di classe. Le domande sono del tipo: "chi è secondo te la persona più simpatica e perché, chi è la più bersagliata e perché, cosa faresti se ti trovassi a vivere quella determinata situazione e così via". Una volta elaborato il questionario si attua in classe una discussione di gruppo finalizzata a definire il profilo psico-sociale dei vari ruoli, i vissuti di chi subisce un ruolo e il tipo di sostegno possibile al cambiamento, all'interno di una dinamica nuova, la prosocialità, cioè "aiutarsi a costo zero".

Lo sportello ascolto, utilizzato dagli alunni, è l'altra via attraverso la quale veniamo a conoscenza di forme di sofferenza adolescenziale.

Le richieste riguardano la consulenza per problematiche intrafamiliari o relazionali all'interno del gruppo classe, si tratta, quindi, di alunni coinvolti in prima persona nell'evento. Accanto a queste richieste ci sono poi quelle di alunni che denunciano la "sofferenza" di altri compagni, chiedendoci una strategia per convincerli a venire a parlare con lo psicologo della scuola. Infine raccogliamo, direttamente dai genitori, all'interno di uno sportello a loro riservato, le denunce di malessere psico-affettivo dei figli.

Altro elemento "invisibile" che accompagna il ragazzo a scuola è lo zainetto della vita. Contiene la storia del loro ciclo vitale, le ingiunzioni educative e le controingiunzioni, la costruzione delle immagini interiori, la modalità di attacco e la posizione esistenziale. Le radici dell'autostima ed il senso dell'autoefficacia personale. In buona sostanza i primi insegnamenti "dell'arte del vivere".



Purtroppo non tutti i zainetti contengono queste cose e non tutti le contengono nella quantità e qualità adeguata. Se ci soffermiamo ad osservare, scopriamo tanti ragazzi cupi, seri, annoiati, quasi angosciati. Verrebbe da chiedere loro se gli è successo qualcosa, ma la risposta la sappiamo già: “no, niente perché?”.

Il sorriso, che dovrebbe essere la linea morbida del confine tra il ragazzo e la sua vita, tende a diventare sempre più raro. Questo significa che la sofferenza non è solo reazione ad un evento critico, quanto piuttosto incapacità a sentire la gioia della vita.

Consideriamo la prima, la sofferenza reattiva. Può essere determinata da:

- Conflittualità della coppia genitoriale, fino alla separazione e possibile ricostituzione di nuovi nuclei.
- Perdita della visibilità affettiva all'interno del nucleo di appartenenza.
- Emarginazione, isolamento o derisione da parte del gruppo di coetanei.
- Lutti o scoperta di malattie croniche invalidanti.
- Insuccessi, delusioni, sconfitte e perdite.

Il secondo tipo di sofferenza è legato alla incapacità di sentire la gioia della vita. Avere tutto, avere troppo e averlo subito, è forse questo il segreto dell'infelicità dei nostri ragazzi.

Il gusto della conquista e la soddisfazione del successo dopo la lotta, provare grandi emozioni per le piccole cose della vita, un principio che è rimasto bloccato, che non ha attraversato le generazioni e non è giunto agli adolescenti di oggi. La gioia della vita è stata mercificata, “non puoi essere felice se non possiedi qualche oggetto di desiderio”. Oggetto che non devi neanche conquistare, è lì a portata di mano, “troppo a portata di mano, così è una noia!”. Anche gli affetti, a pensarci bene sono diventati merce. Provate a chiedere ad un ragazzo da cosa capisce che i suoi genitori lo vogliono bene. Qualcosa ha spinto i ragazzi a crescere in fretta, a bruciare le tappe, ad ottenere le cose senza sviluppare la consapevolezza dei propri limiti e delle proprie potenzialità, senza conoscere la “forza dentro” che deriva dalla capacità di sopportare i sacrifici, le rinunce, le frustrazioni. Abbiamo tirato su una generazione di adolescenti dal “cuore di argilla”, pronto a spaccarsi con il primo caldo sole o a sciogliersi con le prime piogge della vita. La spinta è stata data da una genitorialità malata.

Quando lo zainetto è “pieno del vuoto affettivo-relazionale”, i ragazzi organizzano le difese, perché dalle esperienze di vita brutte o laceranti devi pur difenderti, devi tentare di arginare la sofferenza. Se sei diventato invisibile, se non ti senti capito, se ti senti abbandonato, se ti manca un modello di vita o peggio se il tuo unico modello è quello televisivo, allora devi ricorrere al sintomo: creazione dell'organismo che ha la funzione di distogliere l'attenzione da una problematica esistenziale più vera. A scuola la difesa che rileviamo è il sintomo relazionale, ragazzi che diventano aggressivi, timidi, chiusi, iperattivi e così via.

Vediamo qualche condotta sintomatica di malessere psichico:

- Difficoltà scolastiche, quali: attenzione e concentrazione, scarso rendimento scolastico, comportamenti disfunzionali alla vita del gruppo



classe, fughe e assenze immotivate.

- Chiusura e isolamento.
- Disturbi della condotta alimentare.
- Disturbi di tipo psicosomatico, con frequenti telefonate ai genitori.
- Facile irritabilità.
- Condotte punitive.

Recuperare, tornare al benessere dipende dal tipo di identità del ragazzo e dal senso del sé.

Adolescenti a Identità Fragile, una razza in via di espansione.

Ci sono genitori che con i loro atteggiamenti educativi determinano nei figli la strutturazione di una identità, debole e fragile.

I pezzi di una identità fragile non sono ben strutturati e coesi, al primo attacco si frantumano, si disperdono. La persona non si ritrova più, è “a pezzi”, è in crisi, non sa come mettere assieme i pezzi, ma soprattutto non sa come farli stare assieme. Per questi ragazzi l'adolescenza sarà un evento difficile.

Non capiscono il loro valore, hanno creato immagini interiori confuse. Sono emotivamente disorientati e compiono atti tra lo stupido e il balordo, che hanno la funzione di dare un orientamento al loro disagio, ma anche di rendersi visibili.

Necessitano di continue conferme. Sono particolarmente sensibili al giudizio del gruppo, o peggio, all'idea che il gruppo possa non avallare il loro “modo di essere”.

L'identità è costruita sull'esteriorità, sull'apparire. Si percepiscono visibili solo attraverso gli “oggetti” che possiedono. Più degli altri fanno la guerra ai genitori per avere quella determinata cosa. Chiaramente deve essere una cosa che piaccia agli altri, che sia accettata e condivisa dal gruppo.

Sono accompagnati dall'ansia di piacere, che è fondamentalmente diversa dal piacere di piacere.

La loro visibilità sociale è condizionata dalle conferme che possono ricevere.

Non hanno dentro il “senso della solitudine sana”.



Per loro, la solitudine è abbandono e in qualche caso anche imbroglio. Sono due modalità malate di viverci la condizione dello stare da soli.

Non hanno dentro neanche il "senso di sé", del proprio valore personale.

Di conseguenza non sopportano: -

- la solitudine, quindi, elemosinano amicizia e si umiliano pur di non rimanere soli.

- La diversità, per loro è un problema affermare un parere discordante, andare contro l'ideologia dominante, perché non sono in grado di assumersi la responsabilità di portare avanti un pensiero o una modalità diversa, sebbene più aderente al proprio modo di essere.

- La sconfitta la vivono come fallimento, come perdita, come conferma del loro essere incapaci. In seguito rischieranno sempre meno, condannandosi alla mediocrità.

- I complimenti sul loro valore, sulla loro bravura e capacità li attraversano, non si fermano. Sono conferme poco durevoli in quanto, non trovando riscontro in una immagine interiore forte, perdono di significato.

Per questi ragazzi l'attraversamento dell'adolescenza è problematico.

Due tipologie di genitori inadattivi:

I troppo presenti, sono invasivi, tentano di controllare ogni aspetto della vita dei figli, la loro ansia è dilagante, anticipano i bisogni dei figli, fornendo soluzioni e dispensando consigli che, quasi mai vengono accettati.

Rispondono più alla loro ansia che ai bisogni dei figli.

Non hanno mai certezza sulle loro competenze genitoriali. Si tratta di una famiglia centripeta.

I troppo assenti, sono cercati dai figli ma non si fanno trovare. Sono persi nei loro sogni di realizzazione, sia

lavorativa che esistenziale. Non capiscono i bisogni dei figli neanche quando chiaramente esplicitati o evidenziati. Non conoscono i figli, sono distaccati, non utilizzano una comunicazione adeguata, non hanno un progetto educativo. I figli strutturano un legame di attaccamento ansioso evitante.

Questa è una famiglia centrifuga.

Adolescenti a Identità Forte: una razza in via di estinzione.

Le varie parti di questa identità sono ben strutturate, stanno bene assieme e resistono agli urti della vita.

Questi ragazzi hanno ricevuto la giusta visibilità affettiva e prestazionale.

Hanno dentro immagini interiori forti, relativamente alla storia del loro sviluppo fisico, affettivo e sociale.

Le idee e convinzioni relative alle loro capacità e abilità sono un confine protettivo.

Per costruire una identità forte ci vogliono referenti costantemente presenti, autorevoli, chiari, in armonia tra loro, empatici, sereni, con pochi rimorsi e rimpianti dentro, con poche situazioni irrisolte nella loro storia di vita ed in grado di mettersi in discussione. I figli strutturano un legame di attaccamento è sicuro. Siamo di fronte ad una famiglia sana.

Gli adolescenti a identità forte sanno sopportare:

- **la solitudine**, che è una condizione esistenziale a volte inevitabile nella vita. Ogni cambiamento presuppone una fase di solitudine. Stare da solo non significa non ritrovarsi, perché i confini non sono gli altri. Ci si perde con la certezza di ritrovarsi.

- **la diversità**, si può essere diversi dagli altri, nei modi e nel pensiero, senza disorientarsi. Si possono difendere le proprie idee argomentando adeguatamente, conceden-

dosi tuttavia la possibilità di cambiare idea, che non significa sentirsi sconfitti o perdenti.

- **la sconfitta**, è semplicemente l'opportunità per capire l'errore e per migliorarsi. Questo è possibile perché in questi soggetti c'è il senso dell'autoefficacia.

- **i complimenti**, sono piacevoli conferme di valore, che arricchiscono l'autostima, che qui è ben strutturata.

Il cambiamento nell'adolescente a identità debole

Mancando i confini è come se il nuovo potesse invadere e sconvolgere tutto, il senso è quello di sentirsi senza difese. Il nuovo fa paura, perché al presentarsi di qualche incognita si pensa di non avere le abilità adeguate per farvi fronte. Si pensa di rimanerne sconfitti, come al solito, come sempre, è questo il "tema esistenziale" dell'adolescente a identità fragile.

Qui manca del tutto l'idea che nella vita si cade e ci si rialza, con sacrifici e buona volontà. La struttura del debole è rigida, il nuovo non viene incluso. Il nuovo rompe e frantuma, è questo l'inizio della crisi.

Il cambiamento nell'adolescente a identità forte.

Il cambiamento è percepito come un evento possibile, anzi necessario, fa parte del progetto di vita, che è chiaro e presente al ragazzo, nella misura in cui gli è chiaro il progetto educativo dei suoi genitori. I confini dell'adolescente a identità forte sono flessibili, le immagini interiori buone e le capacità di fronteggiamento adeguate. Il cambiamento non è per lui una minaccia ma opportunità di crescita.

Se è vero che gli psicologi siamo i professionisti che affiancano la sofferenza delle persone, accompagnandole verso un cambiamento e/o un ri-orientamento di vita, quelli che lavoriamo nella scuola abbiamo il compito di intercettare sul nascere le varie forme di disagio degli adolescenti e offrire loro un luogo per la precoce elaborazione. Da questo incontro gli adolescenti devono capire come prendersi cura di loro stessi, devono capire la centralità della loro vita.

L'Affidamento Familiare: Lavorare nella complessità

Alessandra Girgenti - psicologo

Nel curare approfondimenti teorici, ho incontrato la teoria della complessità, e non ho potuto far a meno di pensare che poteva esserci anche un collegamento con l'Affidamento familiare, un Istituto che si estrinseca mediante il ricorso ad una prassi estremamente complessa.

In effetti, l'esperienza e la strutturazione dell'Affidamento Familiare - come la stessa conoscenza della realtà, del resto - non sono mai semplici. La consapevolezza della scarsa conoscenza e della difficoltà di intervenire adeguatamente verso i fenomeni che accadono intorno a noi ci spinge a cercare di comprendere la complessità. Questa "molla" opera anche nei riguardi del tema che stiamo esaminando.

La teoria della complessità aiuta l'operatore ad approcciarsi con l'affidamento familiare, perché consente di meglio affrontare e comprendere problemi con dimensioni molto variabili.

La complessità si riscontra in particolare nel fatto che l'Affidamento Familiare si interfaccia con un insieme di variabili (attori istituzionali, famiglia d'origine, famiglia affidataria, servizi, centro affidi..) le quali si intrecciano a loro volta in una rete di relazioni - le prestazioni e gli interventi - che producono effetti sempre diversi.



Nella prassi operativa, un primo livello di complessità lo incontriamo quando interagiamo con:

- la famiglia affidataria, le sue richieste, le sue perplessità, le sue risorse;
- la famiglia d'origine, le sue povertà, le sue ragioni - si pensi, ad esempio, ai casi di affido "giudiziario", laddove la famiglia d'origine è altrettanto presente come lo è nell'affido consensuale, anzi lo è più che mai, si deve fare i conti con essa, prevederne le mosse, i pericoli, ipotizzare il rientro del minore e le possibili soluzioni;
- (ultimo, ma non in ordine d'importanza) il minore, la sua storia, i suoi disagi, il suo presente, il suo futuro.

Il secondo livello di complessità lo incontriamo quando interagiamo, contemporaneamente all'attività del primo livello, con l'attività dei servizi. Centro Affidi, Servizi Sociali Territoriali, Consultorio Familiare, Neuropsichiatria Infantile, Sert, Dipartimento di Salute Mentale, Scuola..., ogni servizio esprime una peculiarità,

organizzativa, funzionale e relazionale che va ad intrecciarsi con le altre, producendo a sua volta una pluralità di interventi.

L'intento di questo lavoro è di mostrare come l'Istituto dell'Affidamento Familiare, in senso strettamente sistemico, si esplica e come tale:

- è inserito in un sistema familiare, grazie ad una relazione caratterizzata dalla indipendenza dei membri, tra famiglia-individuo-società;
- esso stesso, come sistema si autoregola, si organizza, produce effetti, crea comportamenti, norme, motivazioni, tempi e modi (si pensi, ad esempio, a quando si programma un progetto educativo di affidamento familiare ex L.149/2001).

L'operatore tiene, pertanto, conto che la famiglia è un sistema aperto il quale scambia informazioni con altri sistemi ed ha una propria struttura ed organizzazione, in cui le relazioni assumono un carattere articolato e rivelano un insieme di ordine ripetitivo e di varietà. Anche nell'affidamento familiare l'individuo è considerato elemento subordinato al sistema famiglia e questa a sua volta - in quanto elemento base di ogni sistema sociale - è subordinata al sistema comunità ed a sua volta al sistema società (M. Malagoli Togliatti e U. Telfener).

La famiglia, come detto prima, viene considerata come un sistema altamente complesso suddivisa in sottosistemi (coniugale, genitoriale, figli) disposti gerarchicamente e l'individuo, in quanto sistema, è anch'esso un'entità complessa che si comporta in maniera diversa in rapporto ai contesti con cui si relaziona. (ibidem). L'individuo (che, nel nostro caso, è diventato il minore,) vive nel rapporto con gli altri: ciò che conta è il risultato della coordinazione di comportamenti e di linguaggi creati nel consenso. Famiglia e individuo - famiglia d'origine, affidataria e minore - coesistono e si influenzano reciprocamente. Ogni individuo è inserito in molteplici contesti e la famiglia non è altro che uno dei possibili livelli di complessità, ma non il solo. Questa complessità rende possibile indagare tra i comportamenti, le azioni, le emozioni, le premesse e le modalità di rapporto nel tempo.

L'Affidamento Familiare crea un contesto nel senso Batesoniano del termine, come luogo sociale in cui si esplica una relazione sociale, insieme delle circostanze in mezzo alle quali si svolge una comunicazione - l'incontro tra la famiglia affidataria, la famiglia d'origine e il minore - e come contesto di apprendimento in cui il comportamento di tutti questi soggetti si è sviluppato, attraverso scelte e alternative appunto.

Può apparire affascinante pensare all'Affidamento Familiare come ad una farfalla, che da crisalide diventa bozzolo. Esso è un complesso sistema organizzato, costituito da numerosi e diversi elementi in relazioni tra loro, che si sviluppa e cresce e, al pari di una farfalla, può volare leggiadro.

Questa metafora ci può aiutare a uscire dal grigiore dei nostri uffici, a "rendere la pillola meno amara", ed a trovare soluzioni sempre più confacenti ai bisogni psicologici e sociali dei minori.

Riferimenti Bibliografici

- G. Bateson Verso un'ecologia della mente.
- M. Malagoli Togliatti U. Telfener Dall'individuo al sistema.
- L. Sanicola - Il dono.

Abitare la città tra architetture ed emozioni Riflessioni sulla percezione di sicurezza in città

Cecilia Costanzo Pellegrino - psicologo
Simona Mignosa - psicologo

L'attuale tendenza della Psicologia all'interdisciplinarietà ha permesso il confronto e lo scambio tra contenuti e interessi culturali afferenti a discipline diverse.

Tale apertura al dialogo coinvolge oggi anche l'architettura e l'urbanistica.

L'associazione PRISMA (Psicologia e Ricerca Integrata - associazioneprisma@email.it), facendo proprio il modello multidisciplinare, si è inserita con entusiasmo nel dibattito tra scien-

L'obiettivo della Psicologia nello studio dell'ambiente urbano è quello di rendere ottimali i rapporti intercorrenti tra le persone e i rispettivi ambienti di vita quotidiana. La città contemporanea, infatti, appare oggi mutevole, complessa, spesso frammentata e connotata da spazi sfuggenti che possono disorientare l'individuo.

Cogliendo i processi attraverso cui l'uomo conosce il mondo e come se ne appropria a livello mentale ed esperienziale, la psicologia ha descritto il rapporto dell'uomo con il proprio ambiente come altamente personale

l'ambiente, a sua volta, influenza e determina il comportamento soggettivo.

Nel rapporto uomo-ambiente, dunque, non esiste una realtà "vera" in sé, ma tante quante sono le diverse interazioni tra soggetto e realtà.

Se dunque la percezione di ogni ambiente è relativa e soggettiva possiamo riferire tale relatività anche al concetto di "ambiente sicuro", interrogandoci su quali siano i fattori in grado di produrre il vissuto di sicurezza nell'individuo.

Quando si parla di "senso" di insicurezza e di rischio percepito ci si rife-



ze psicologico-sociali e mondo della progettazione architettonica avendo come obiettivo principale un confronto non solo teorico ma anche metodologico di ricerca e intervento.

In tale sfondo si colloca la nostra esperienza di collaborazione con la sede provinciale di Catania dell'Istituto Nazionale di Bioarchitettura (INBar) sancita con la partecipazione di PRISMA al Convegno Nazionale "dalla Casa energetica alla città bio-sensibile". All'interno del quale abbiamo realizzato una ricerca/sondaggio sulla "percezione di sicurezza in città".

e soggettivo.

In tale contesto il concetto di ambiente deve essere inteso in senso molare che racchiude in sé sia le caratteristiche fisiche e geografiche che quelle sociali e psicologiche.

Nell'habitat umano ciò che interessa a livello psicologico non è la sola dimensione spaziale di un ambiente, bensì tutto quanto viene colto dai processi percettivi e cognitivi individuali.

Esiste infatti una stretta reciprocità tra uomo e ambiente: l'uomo interviene attivamente sull'ambiente attraverso i propri processi psicologici;

risce sempre a parametri di "giudizio soggettivo", che possono rapportarsi in maniera approssimata o sovrastimata rispetto al reale stato di pericolo.

Il senso di insicurezza in città può dipendere, così, sia dal personale vissuto psicologico di un individuo, che dall'ambiente fisico e strutturale.

Al fine di approfondire tali fattori la nostra Associazione, in collaborazione con INBar, ha realizzato un sondaggio sulla qualità della vita urbana, attraverso la somministrazione di un questionario a buona parte dei partecipanti al convegno di cui sopra.

Nel corso della giornata congressuale sono stati elaborati i primi dati indicativi del modo in cui i soggetti esperiscono il vissuto di sicurezza nella propria città. Tali dati sono stati poi discussi all'interno del workshop successivo al convegno: "bio – qualità percepita – ambiente urbano".

Il workshop ha rappresentato un momento ideale di confronto e dibattito sulla qualità percepita nell'ambiente urbano, sono state infatti esplorate le componenti soggettive, emotive e valutative, di chi usufruisce di tale spazio nella quotidianità. Il tema privilegiato è stato quello della "sicurezza urbana" o meglio, quali elementi strutturali del contesto urbano e quali processi mentali e individuali influenzano il senso di sicurezza/insicurezza in ciascuno di noi.

Questo sondaggio ci ha permesso di verificare se le teorie e le ipotesi formulate anche in altre ricerche nazionali trovino riscontro nella nostra realtà urbana. Sebbene si sia trattato di uno studio preliminare, da esso sono stati tratti interessanti spunti di riflessione che in parte avvalorano le tesi di partenza e in parte rilevano fattori inattesi da approfondire.

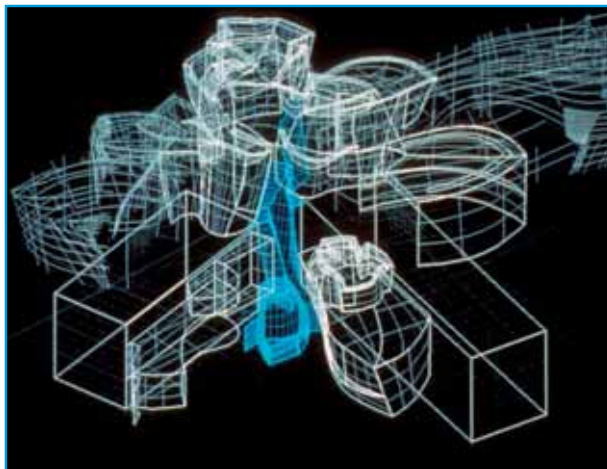
Uno dei risultati più rilevanti è stato che, a differenza di quanto riscontrato in altri studi (in cui tra i principali fattori di rischio emergeva la microcriminalità) la percezione di insicurezza nel nostro campione sembra legata a variabili relative alla sicurezza stradale ("mancato rispetto del codice stradale", "traffico caotico e disordinato", "cattive condizioni del manto stradale").

Abbiamo ricondotto l'importanza attribuita al "traffico caotico" alla sensazione di disordine e inciviltà che a livello mentale può essere collegata alla sensazione di insicurezza. Di contro si può ipotizzare come il concetto di sicurezza urbana si rifletta in un ambiente "confortevole" e "armonico".

Nella sezione proiettiva del questionario, relativa al "cosa fare" per rendere la città più sicura, tra i fattori suggeriti come forieri di un incremento della sicurezza sono

state maggiormente indicate le voci: "educare al rispetto del codice stradale" e "migliorare l'educazione e la civiltà dei cittadini".

Un altro dato significativo emerso in questa sezione è



l'importanza attribuita alla voce "valorizzazione dei monumenti e delle opere d'arte", risposta positiva e inattesa. La presenza di opere d'arte e monumenti infatti stimola un comportamento rispettoso, sobrio e permette una identificazione positiva con l'ambiente. Questi elementi architettonici possono essere definiti come elementi di controllo informale del comportamento.

L'insieme di questi dati confermano che il senso di insicurezza in città dipende sia dal personale vissuto psicologico individuale, sia dalle caratteristiche dell'ambiente fisico e costruito.

Partendo da tale reciprocità si può ipotizzare l'opportunità di "manipolare" l'ambiente al fine di regolare i comportamenti degli individui fruitori e influenzare così il senso di sicurezza/insicurezza.

In linea con tale idea, molti studiosi dell'ambiente urbano hanno identificato, in maniera concorde, alcuni elementi strutturali considerati come "fattori classici" in grado di incrementare il senso di sicurezza: luce e illuminazione, accessibilità dei luoghi, qualità e cura degli ambienti, conformazione della vegetazione, assenza di fratture urbane e continuità di comunicazione, ecc.

Identificare tali "fattori chiave" assume un grande valore strategico al fine di ottimizzare il rapporto uomo-ambiente e progettare così la città tenendo conto della relazione che l'individuo fruitore ha con il contesto.

"Il paesaggio è una risorsa per la salute", sostiene Rodewald. La tutela della natura e del paesaggio, oltre che una pianificazione attenta degli spazi liberi in città assume importanza strategica. Occorre collegare la promozione della salute e della qualità della vita alla pianificazione territoriale. Dato che l'ambiente rappresenta un'indubbia fonte di benessere, bisogna cercare di creare degli spazi urbani che tengano conto della promozione della salute.

Pertanto è auspicabile un impegno della Psicologia a sensibilizzare ed incrementare nei professionisti, che si occupano di progettazione e della qualità del vivere urbano, una maggiore attenzione al vissuto soggettivo e psicologico.



Quella voce da dentro

**Renata Di Giovanni - psicologo Centro E.V.A.
Responsabile Area Clinica**

Ascoltando le storie delle donne con le quali intraprendo percorsi di sostegno psicosociale finalizzati al supporto sotto il profilo emozionale, affettivo ed esistenziale, mi rendo conto che quella voce interiore la quale si allea perversamente col persecutore, dandogli fiato e ragione con quel **“Non vali niente ...”** spesso appena sussurrato, è l'ostacolo più grande che le donne maltrattate e/o abusate, trovano sul proprio cammino.

Narrano storie di sistematiche disconferme genitoriali e familiari, che in queste donne hanno progressivamente scalfito, minato e giorno dopo giorno, sgretolato l'autostima, la sicurezza e la fiducia in se stesse, attivando il deleterio circuito

SENSO DI COLPA > SOLITUDINE > VERGOGNA

Al fine di interrompere tale circuito carico di sofferenza, emerge allora la necessità di affiancare agli interventi di sostegno psicologico, l'“accompagnamento terapeutico”, volto al tragheggiamento dei casi più problematici verso il Servizio Sanitario Nazionale (v. Consultori o Psichiatria di collegamento).

Le storie narrano di umiliazioni, vessazioni e schiaffi costantemente subiti in classe, anche per anni, dai bulli di turno; storie di soprusi che in una ragazzina, divenuta poi donna che ancora subisce ed “ama troppo”, hanno distrutto a poco a poco l'immagine di sé e la consapevolezza del proprio valore e delle proprie risorse.

Ed è allora che la dipendenza affettiva porta alla subordinazione nei confronti di personalità violente, e che si instaura la tipica dinamica della relazione tra vittima e car-

nefice, nella quale l'abusante lavora sull'umiliazione della donna e sulla svalorizzazione delle sue capacità, conducendola all'autosvalutazione. Ed è questo il primo nemico da sconfiggere, questo consentire dentro con lui, questa “identificazione con l'aggressore”, questa particolare “sindrome di Stoccolma”, determinata da precisi meccanismi di difesa che mirano ad annullare le intollerabili dissonanze cognitive ed emozionali originate anche da pesanti condizioni di vita ... Così le donne finiscono per crederci: per credere **DI NON VALERE NIENTE.**

Sono storie di violenza, violenza fisica e/o psicologica, nelle quali spesso la dipendenza economica, aggravando quella affettiva, costituisce l'insormontabile barriera contro il **CORAGGIO DI DIRE NO.**

E poi, pensare che in fondo **LUI HA RAGIONE** è il “cavallo di Troia” che di solito, insieme alla battaglia, fa perdere anche la guerra...

Sul piano delle relazioni interne, l'abusato dà spazio all'abusante, nell'ambito di una relazione a connotazione sado-masochistica che può prolungarsi e/o ripetersi nel tempo. La donna, quasi sempre inconsciamente, collude con gli attacchi distruttivi subiti, direttamente o trasversalmente, mediante l'attivazione dei propri nuclei auto-svalutativi ed auto-aggressivi, corroborati di frequente dalla visione della vita propria di una cultura tradizionalista, se non retrograda o arcaica, spesso maschilista e patriarcale. C o s ì nelle donne ha la meglio su tutto la **FRAGILITÀ**, che comporta bassa autostima, mancanza di fiducia in se stesse, e disagio dovuto a sottomissione ed isolamento.

DISAGIO per quella **VOCE DA DENTRO, NEL DESERTO DI SOLITUDINE** della più dolorosa amarezza...

Ma **FUORI UNA VOCE** ascolta e incoraggia, una voce che



conduce alla riflessione e sostiene la donna nella ricerca di una via d'uscita, di un sentiero di faticosa risalita, per non arrendersi e cominciare, o ricominciare, a lottare, per potenziare e far rinascere autostima, consapevolezza e fiducia nelle proprie forze, oltre che speranza in un futuro nel quale talvolta non si crede più.

Si lavora per coscientizzare potenzialità, risorse e ideazione progettuale, per raggiungere l'obiettivo dell'inclusione sociale, attraverso il rafforzamento del sentimento di sé, sufficientemente integrato, in relazione al mondo, sulla base della lettura delle proprie competenze, in una riappropriazione del tempo che comporti anche la valorizzazione delle qualità personali e delle competenze trasversali anche nel contesto domestico.

La gestione di una situazione di emergenza, attraverso l'intervento di sostegno, aiuta ad orientarsi in questo percorso ed a risignificare l'obiettivo dell'alleanza e della collaborazione tra utente ed operatore, mediante la richiesta di aiuto da parte delle donne e gli interventi volti ad aiutarle.

Il Centro E.V.A. (acronimo di **Emergenza. Violenza. Abusi.**) è la realizzazione di un progetto della Memphis SAS, in collaborazione con la Regione Siciliana - Assessorato regionale al Lavoro - Formazione professionale - Comune di Monreale - Ministero del Lavoro - Politiche sociali - Unione Europea - Fondo Sociale Europeo.

E.V.A. rende disponibili alle donne diversi servizi:

- Sportello di ascolto e orientamento, consulenza psicologica e supporto psicosociale.
- Organizzazione di attività culturali e formative.
- Consulenza telefonica ed un intervento di primo livello in caso di maltrattamenti ed abusi.

Il progetto E.V.A. è stato pensato per fornire sostegno psicosociale alla condizione femminile, ed è potenzialmente rivolto a tutte le donne della Sicilia.

In E.V.A. è presente uno staff di consulenti comprendente diverse figure professionali: lo psicologo, l'assistente sociale, l'educatore, l'orientatore al lavoro, l'assistente all'infanzia e l'avvocato per l'eventuale assistenza legale, che si prefigurasse necessaria.

Il loro intervento, basato sull'ascolto empatico, è prevalentemente finalizzato ad interventi di sostegno psicosociale alla condizione femminile in senso lato e, nello specifico, ad offrire supporto alle donne violate interrompendo il nefasto circuito COLPA > SOLITUDINE > VERGOGNA.

E.V.A. ha fiducia nella capacità di ripresa della donna, sia pur esistenzialmente provata dalle difficoltà o colpita da situazioni psicotraumatiche.

E.V.A. intende rinsaldare e consolidare, la progettualità al femminile, attraverso il potenziamento della capacità creativa, in relazione al futuro individuale e a quello dei figli, mediante la riappropriazione di un'identità armonica che consenta alla donna di riacquisire il controllo della propria vita.

L'attività di E.V.A. si articola anche in diversi laboratori che offrono la possibilità di dedicarsi costruttivamente spazio e tempo libero, finalizzati alla promozione del benessere psicofisico.

I laboratori previsti e attivati sono:

- Decoupage e attività creativa.
- Cosmesi naturale.
- Ginnastica dolce.



- Orientamento al lavoro.
- Informatica e scrittura creativa.
- Cineforum.
- Fotografia.
- Tecniche di rilassamento (Training autogeno e Visualizzazioni guidate).

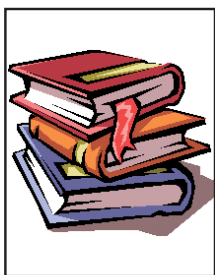
E.V.A. ha anche organizzato seminari, come quello svoltosi a Monreale in occasione della "giornata mondiale contro la violenza sulla donna" il 24 e 25 novembre 2007 e quello svoltosi presso il Centro E.V.A. su "Identità sessuale, politiche sociali e politiche educative" il 12 aprile 2008.

E.V.A., che è in rete con gli altri Centri Antiviolenza nazionali, propone e sostiene l'immagine della donna come risorsa insostituibile per la famiglia e la società, ma rimane immune dalle derive ideologiche vetero-femministe che escludono gli uomini dallo staff di operatori dei Centri Antiviolenza, come soggetti, solo in base alla loro identità di genere, già colpevoli e, quindi, inadatti o non idonei all'intervento psicosociale nei confronti delle donne.

Infatti, presso il Centro E.V.A. lavorano anche vari professionisti di sesso maschile, perché il gruppo che anima il Centro crede profondamente nel valore della proposizione di un modello maschile positivo alle donne sofferenti a causa di atteggiamenti adottati o comportamenti "agiti" dagli uomini.

Quando si ha un incidente con l'automobile, per superare il danno psicologico di un trauma stradale ed evitare l'inibizione, il ripiegamento difensivo su se stessi e lo strutturarsi di tendenze fobiche reattive, bisogna riprendere al più presto il contatto con l'auto.

E che sia una buona auto, un'auto sicura che conduca lontano...



Recensioni

Giuseppe Lombardo
**EDUCAZIONE ALLA
SALUTE E COSTRUZIONE DI
SENSO**

*Per un approccio
intersoggettivo ed ecologico*
Ed. Salvatore Sciascia
Caltanissetta-Roma 2007
pagg. 290 - € 20,00



Lil libro di Giuseppe Lombardo è un ottimo manuale di educazione alla salute che, oltre ad essere un prezioso strumento di lavoro, presenta l'innegabile merito di saper riavvicinare alle "questioni di metodo" e al "rigore del metodo" anche i lettori più resistenti e diffidenti.

Leggere le pagine di questo libro è stato per me come ripercorrere il lungo e vasto itinerario di vita, sia umano che professionale, del suo autore. Ho ritrovato, infatti, il suo originario interesse per Bateson e l'approccio ecosistemico, la sua passione per i temi della relazione umana e delle interazioni comunicative, la sua formazione in psicoterapia della Gestalt.

Insieme a tutto questo, ho ritrovato anche il suo impegno "militante" come operatore consultoriale, che in anni difficili ha saputo dare dignità e alto profilo professionale al suo lavoro di psicologo; ho riscontrato il suo naturale talento di "divulgatore", la sua carismatica e appassionata capacità di animare gruppi di formazione di ogni genere. Del libro ho apprezzato il sapiente equilibrio fra l'intento manualistico e lo spessore teorico; l'impianto strutturale complessivo, capace di integrare, in modo funzionale ed esaustivo, i contenuti di carattere metodologico con quelli di natura psicologica ed epistemologica. Il volume si apre con un capitolo interamente dedicato alla presentazione di alcuni concetti-chiave, ritenuti indispensabili per una progettazione realmente innovativa nell'abito di quel sapere specifico che è il "sapere sulla salute". Segue un capitolo nel quale si entra nel merito della formazione intesa come processo di costruzione condivisa ed intersoggettiva, tenendo conto dei problemi che formare all'educazione alla salute comporta in una organizzazione sanitaria e nella scuola.

I capitoli successivi affrontano alcuni temi specifici come quelli della progettazione e della valutazione, della relazione educativa e della promozione della salute, delle "abilità di vita" e dell'educazione tra pari. A corredo del testo, come si è detto, sono le preziose "schede di approfondimento", prevalentemente di carattere tecnico-operativo. Finendo di scorrere l'ultima pagina del libro, mi sono reso conto di non avere avuto fra le mani un semplice "manuale" di educazione alla salute, ma molto di più: l'affascinante sintesi di una ricerca durata anni e nei cui contenuti "riconosco" il profilo serio e maturo del suo autore.

Piero Cavaleri

Carlo Riggi
**L'ESUBERANZA
DELL'OMBRA**

*Riflessioni su fotografia
e psicoanalisi*

Ed. Le nuvole
pagg. 21 - € 9,00

Il libro si può prenotare tramite
e-mail: info@lenuvole.it



La maggior parte dei fotoamatori pensa che la propria missione consista nel fotografare dei soggetti, ma quelli stanno lì, basta passare e fare clic. La fotografia è ben altro, afferma il collega Carlo Riggi nella premessa del suo libro, "è scoprire il lato oscuro del mondo, dare rappresentabilità alle emozioni, espandere l'immaginario e il sogno, e per fare questo non occorre poi tanta tecnica, occorre soprattutto lavorare su se stessi, esercitarsi e pensare. Pensare per immagini, l'elemento base di tutti i derivati narrativi. In questo il lavoro del fotografo non è dissimile da quello dello psicanalista".

"Quando l'invisibile si è fatto visibile, in quell preciso istante un pezzo di mondo è morto ed è rinato altrove. È lì che dobbiamo puntare il nostro obiettivo fotografico se vogliamo scoprire qualcosa di noi.

Lo scatto dell'otturatore è una catastrofe che troppo spesso consumiamo senza la necessaria sofferenza. Troppi automatismi ci rendono automi".

Fotografia e psicoanalisi hanno in comune, ribadisce Riggi, la propensione per l'invisibile. Esplorare l'inconscio significa operare una trasformazione il cui risultato non è una risposta univoca ma una nuova domanda. Più che l'immagine finale, quel che ci importa è il processo creativo attraverso cui autore e fruitore (analista e paziente) entrano in contatto con un mistero e, lungi dal risolverlo, se ne lasciano attraversare per fare nuova esperienza di sé. Partendo dalla parola-chiave di "inconscio fotografico", l'autore parla dei processi creativi profondi che sottendono la realizzazione e la fruizione della fotografia, anche in riferimento all'avvento della tecnologia digitale. Il libro è dedicato ai fotografi, agli psicoanalisti e a tutti coloro che non hanno perduto il gusto di giocare, di sognare e di stupirsi. Alla fine del libro Riggi ci regala un pensiero "profondo" del collega psicoanalista Turi Sapienza che mi piace condividere. "Non tutte le cose per essere viste debbono essere illuminate. (...) Bisogna oscurare per vedere le cose che non abbisognano di luce per essere viste, come le stelle o le lacrime, che, per essere percepite, necessitano del buio della notte o del silenzio". (Sapienza, T., Vita onirica nell'AIDS, Masson, Milano 2006).

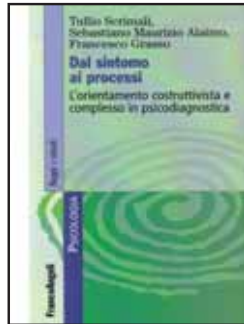
Roberto Pagano

T. Scrimali, S. M. Alaimo, F. Grasso

**DAL SINTOMO
AI PROCESSI**

L'orientamento costruttivista e complesso in psicodiagnostica

Ed. Franco Angeli
Milano, 2007



Il percorso che porta alla formulazione della “diagnosi” costituisce un processo fondamentale nel corso dell’attività clinica. All’interno del panorama delle più recenti ed interessanti proposte editoriali in psicologia, il libro *Dal sintomo ai processi* rappresenta una felice e fertile integrazione di precedenti cornici di valutazione diagnostica con la concettualizzazione cognitivo costruttivista.

Il corposo volume (quasi cinquecento pagine) inizia con i primi capitoli dedicati alla diagnosi clinica, dove Tullio Scrimali sottolinea la necessità dell’adozione di una nuova logica, cioè quella della valutazione dei processi, in quanto ormai una semplice, riduttiva e descrittiva diagnosi nosografica non rende più giustizia al soggetto divenire e costruirsi di un disagio clinico, che invece ha le caratteristiche di un percorso, appunto di un processo di costruzione.

È tutta basata sulla psicodiagnostica clinica la parte di Sebastiano Maurizio Alaimo; attraverso la presentazione degli aspetti teorici e la presenza di vari esempi concreti, risultato di diversi anni di ricerca e della pluriennale esperienza clinica, Alaimo propone l’uso integrato di strumenti classici, come il Rorschach, il MMPI-2, il BFQ, il MCMH-III, insieme ad altri, certamente più recenti, per la valutazione degli schemi disfunzionali. L’obiettivo è quello di rendere possibile un assessment che renda ragione della complessità e multifattorialità dei processi sottesi alla serie di eventi che hanno portato alla condizione di scompenso.

La terza parte del libro è dedicata al delicato quanto interessante tema dell’attaccamento. Argomento trattato da Francesco Grasso quale fondamentale esperienza relazionale, variabile protettiva o predisponente alla psicopatologia.

Vengono ripercorse tutte le tappe degli studi che hanno portato alla nuova concettualizzazione del parenting, dalle prime intuizioni di Bowlby alle più moderne ed accreditate teorie sull’Adult attachment. La lettura di questo libro conduce il lettore verso nuovi orizzonti di significato e innovative dimensioni operative, a tratti un vero e proprio manuale ricco di suggerimenti pratici per la valutazione psicodiagnostica. Dal Sintomo ai Processi racchiude in se, oltre ai “frutti” dell’esperienza clinica e sperimentale dei tre autori Scrimali, Alaimo e Grasso, il “seme” di una originale proposta di valutazione e di intervento che guarda alla professione dello psicoterapeuta con profondo rispetto ma anche con grande rigore. Una professione che non può approssiarsi, come ricordano gli autori, con “leggerezza” epistemologica ed esperienza approssimativa. Il volume invita anche a questa fondamentale riflessione indicando una strada possibile, certamente non l’unica possibile, ma solidamente fondata sia negli aspetti teorici quanto in quelli pragmatici.

Silvana Carà

Renata Governali
**I PIEDI QUI E GLI
OCCHI ALTROVE**

Romanzo

Ed. Prova d’Autore
Catania, 2008
pagg. 192 - € 12,00



I piedi qui e gli occhi altrove è il secondo romanzo di Renata Governali. Una precisazione tutt’altro che pleonastica, bensì legata a valutazioni analitiche importanti: quelle della continuità del primo nella assoluta diversità del nuovo. Continuità perché la protagonista dell’opera-prima di questa scrittrice, “La ragazza alla finestra” adesso consegna la staffetta a una diversa e eletta indagine ancora una volta soggettiva, che possiamo definire di compensazione.

Come se questo “*I piedi qui e gli occhi altrove*” fosse – ci si consentirà una figuratività botanica – la spontanea fioritura di una vegetazione in sé conclusa, talmente armonica nella sua morfologia di pianta, da non ingenerare sospetto di gemmature e esplosioni cromatiche, che invece spuntano e copiose, imponendo tutt’altra fenomenologia. Anche qui, nel nuovo romanzo, un sereno resoconto a ritroso nel passato, questa volta più prossimo, ma non più a salvamemoria, innestato agilmente com’è a una lucida “coscienza” sveviana da Terzo Millennio.

Momenti dello stesso processo, i due romanzi, ma questo è anche un libro di psicologie. Una definizione che ci suggerisce l’uso del plurale (psicologie) per ribadire l’armonica complessità del lavoro per il quale la definizione conferma e esalta l’accezione del fonema al suo singolare (psicologia), al contrario di quanto altre occasioni locutorie costringerebbero a diverso significato: si pensi al dissacratorio “storie”, rispetto al solenne rigore di “storia”. Le psicologie de “*I piedi qui e gli occhi altrove*” sono, insomma, una occasione letteraria esclusivamente tale e noi le segnaliamo speculando, a ragion veduta, e citando da una incisiva considerazione estetico-figurativa, lasciataci da Maria Corti: “Lo scrittore brasiliano Osman Lins prende a titolo di un suo libro l’Avalovara uccello fabuloso al pari dell’Araba fenice, ma che ha la proprietà di essere animale composto, fatto di uccellini minuscoli come api, che disposti in modo adatto conferiscono all’uccello la sua forma e fisionomia”. (Intr. a “Opere” di Ennio Flaiano, a cura di M.Corti e A.M. Longoni, Bompiani 1988, Milano). Ecco, i protagonisti del nuovo romanzo di Governali come psicologie armonicamente assemblate a costituire policromia e polifonia.

Ci piacerebbe idealmente poter trovare questo lavoro creativo di Governali ben in vista in un elenco di libri scientifici segnalati per i corsi di formazione psicologica. Una occasione (oggi utopica rispetto alle sclerotiche consuetudini istituzionali), rivolta a confermare continuità didattiche attraverso l’osmosi di due distinti momenti, quello offerto dall’arte letteraria nell’opera creativa, e quello imposto dal necessario rigore scientifico come esito di ricerche e analisi.

Mario Grasso

Laura Giaimi
SPORTIVAMENTE
 Il ruolo dello sport
 nella scuola primaria

Illustrazioni ed edizione
 a cura di www.i-manager.it
 Pagg. 88 - € 12,00



Promosso dal C.O.N.I. Comitato Provinciale di Enna, in collaborazione con la Provincia Regionale di Enna e la Scuola dello Sport Sicilia, "Sportivamente" nasce in seguito ad un'esperienza maturata dall'autrice nell'ambito della psicologia dello sport, all'interno di una Società sportiva e successivamente all'interno della Federazione Italiana Gioco Calcio (FIGC) Lega Nazionale Dilettanti, Settore Giovanile e Scolastico, Delegazione Provinciale di Enna.

"Sportivamente" si rivolge ad ogni adulto che a titolo difforme si occupa del bambino e della sua crescita, nello specifico all'interno dell'ambito ludico - sportivo, proponendo una sintesi delle diverse componenti che ruotano attorno ai bambini e alla pratica sportiva.

Al centro della trattazione è posto l'allievo, la sua crescita completa, motoria, cognitiva, emotiva, sociale e il suo benessere sia fisico che psicologico, con un accento particolare posto sull'aspetto di unicità delle componenti mente e corpo, spesso, ancora oggi considerate entità a se stanti e aventi una differente importanza, soprattutto nei contesti scolastici.

Il filo conduttore di "Sportivamente" è rappresentato dall'aspetto educativo presente, in maniera più o meno esplicita, nell'esperienza di ogni bambino che si dedica ad una qualsiasi pratica sportiva, all'interno di una società o istituzione che si occupa di lui attraverso le figure dei tecnici sportivi e/o degli insegnanti di educazione motoria.

La pratica sportiva a partire dalla scuola primaria è un'attività, che per il suo ruolo educativo, sociale e sanitario è promossa dal Consiglio d'Europa.

Essa rappresenta, inoltre, una modalità attraverso cui l'individuo può fortificare la propria autostima, acquisendo dei valori e dei modi di vivere l'esperienza personale e con gli altri estendibili agli altri campi della propria esistenza: familiare, amicale, scolastico e successivamente lavorativo.

"Sportivamente" ha un taglio psico-educativo, l'adulto, infatti, attraverso l'insegnamento di una qualsiasi pratica sportiva o delle regole di un gioco, nel corso del tempo, ha la possibilità di trasmettere il senso del rispetto non solo delle regole, ma anche della propria persona e dell'altro.

Al centro sta il bambino, attorno a lui e con lui le diverse agenzie educative: sportiva, scolastica, familiare, che proponendosi gli stessi obiettivi e utilizzando un linguaggio corale acquistano le potenzialità per fornire una base solida e un forte supporto nel complesso processo di crescita dei loro piccoli allievi, alunni, figli.

Ilenia Adamo

Publicato in Gazzetta Ufficiale 29 febbraio 2008, n. 47 il c.d. "Milleproroghe" (decreto legge 31 dicembre 2007, n. 248, coordinato con la legge 28 febbraio 2008, n. 31) con il quale vengono prorogati alcuni termini previsti da disposizioni legislative in materia di difesa, beni culturali e turismo, lavoro e previdenza, salute, università, giustizia, infrastrutture e trasporti, personale delle pubbliche amministrazioni, agricoltura, sviluppo economico, ambiente e interno.

Articolo 24-sexies.

(Equiparazione di titoli ai fini dell'accesso ai concorsi presso il Servizio sanitario nazionale e vigilanza sull'Ordine nazionale degli psicologi)

1. I titoli di specializzazione rilasciati ai sensi dell'articolo 3 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, e il riconoscimento di cui al comma 1 dell'articolo 35 della medesima legge, e successive modificazioni, sono validi quale requisito per l'ammissione ai concorsi per i posti organici presso il Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 2, comma 3, della legge 29 dicembre 2000, n. 401, e successive modificazioni, fermi restando gli altri requisiti previsti.

2. L'articolo 29 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, è sostituito dal seguente:

«Art. 29. - (Vigilanza del Ministro della salute). - 1. Il Ministro della salute esercita l'alta vigilanza sull'Ordine nazionale degli psicologi».

CONVEGNO

Adolescenza:
un mondo difficile da amare

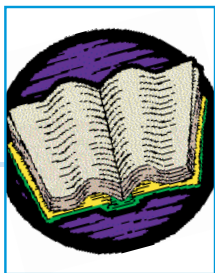
RELATORI

Amenandola Cesare	Di Nuovo Santo
Bergamo Andrea	Donati Claudia
Bozzaro Paolo	Fenzi Ada
Camazza Roma	Francescato Daniela
Chianese Rita	Giordano Fulvio
Coste Valeria	Niccolosi Marco
De Raggiere Tatiana	Providenza Patrizia

"L'iniziativa è valida per il biennio interno del Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche dell'Università di Catania ed Enna-Kore e per la Laurea Specialistica".
 La partecipazione al Convegno è gratuita, ai partecipanti verrà rilasciato attestato di partecipazione.
 Per motivi organizzativi è richiesto il pagamento della partecipazione entro il 20/10/2008, inviando una e-mail toranuz@alice.it o un fax al n. 0932 256855. La scheda di adesione al Convegno può essere scaricata dal sito del Comune di Ragusa www.comune.ragusa.it.
 È previsto, per i giorni del Convegno, un servizio gratuito di bus-navetta, con partenza dalla Scuola Media "S. Quaresimo" Via E. Perramona al Castello di Donnafugata a ritomo.

Castello di Donnafugata - Ragusa - 24/25 ottobre 2008

Per informazioni e prenotazioni rivolgersi alla segreteria organizzativa:
 dott.ssa Antonella Tidona tel. 339 5794103
 dott.ssa Anna Turco tel. 333 2310373
 dott.ssa Daniela Degradi tel. 340 8327569



aggiornamento **albo**

*Nuovi iscritti all'Albo Sez. A e Sez. B
dal 17/12/2007 al 19/06/2008*

ISCRITTI SEZ. "A"

n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.	n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.
4281	Picciolo Giusy	ME	4322	Puglisi Rosa	CT
4282	Vasta Mariangela	CT	4323	Patellaro Rosaria	PA
4283	Scaduto Luisa	ME	4324	Limina Tiziana	ME
4284	Nicolosi Maria Angela	EN	4325	Critelli Ginevra	PA
4285	Andaloro Chiara Ines Maria	CL	4326	Ventimiglia Maria Anna	PA
4286	Martogli Venera	SR	4327	Garofalo Francesco Valentino	PA
4287	Li Bassi Mariangela	PA	4328	Lo Presti Gabriella	PA
4288	Vasques Giovanna	SR	4329	Capolvenere Viviana	EN
4289	Siracusano Paola	ME	4330	Manzo Irene	PA
4290	Oliveri Doriana	ME	4331	Andretti Laura	CL
4291	Bruccoleri Florinda	AG	4332	Anastasi Rosaria	PA
4292	Quartarone Stefania	SR	4333	Billone Luigia	EN
4293	Vasques Valentina	SR	4334	D'Aleo Giuseppina	PA
4294	Mercurio Viviana	PA	4335	Sicari Emanuela	PA
4295	Gionfriddo Gabriella	SR	4336	Di Carlo Adriana	PA
4296	Alaimo Simona	AG	4337	Barna Samantha	PA
4297	Lipari Enza	ME	4338	Scaduto Gabriella	PA
4298	Miloro Angela	PA	4339	Russo Giovanna	CT
4299	Scordo Letizia	CT	4340	Taormina Fabrizia	TP
4300	Caronna Carla	ME	4341	Modica Claudia	TP
4301	Arrigo Alessandro	PA	4342	Greco Valentina	PA
4302	Catalano Simone	TP	4343	Puccinelli Silvia	PA
4303	Lo Vito Alessandra	PA	4344	Russo Maria Grazia	ME
4304	Tavella Florinda	EN	4345	Martello Calogera	PA
4305	Minnella Maria Elena	AG	4346	Perez Vanessa	PA
4306	Parisi Maria Antonina	TP	4347	Pruiti Ciarello Francesca	ME
4307	Riolo Francesca Paola	PA	4348	Crapanzano Enzo	EN
4308	Brancati Emanuela	PA	4349	Didato Salvatore	PA
4309	Rizzo Serenella Lidia	PA	4350	Corso Mariaconcetta	PA
4310	Gnoffo Giovanni	PA	4351	Farinaccio Marianna	CB
4311	Panzeca Caterina	PA	4352	Giuliano Sebastiana	SR
4312	Parrinello Sabina Antonina	TP	4353	Barbera Rosalba	PA
4313	Prestigiacomo Chiara	PA	4354	Tortorici Daniela	PA
4314	Azzarello Delia Maria	PA	4355	Garofalo Anna Maria	PA
4315	Distefano Giuseppa	CT	4356	Russello Veronica	AG
4316	Barna Soraya	PA	4357	Grillo Laura	PA
4317	Di Gioia Luana	AG	4358	Giambelluca Mara	PA
4318	Basiricò Gaetana	TP	4359	Dipasquale Elisa	RG
4319	Giunta Daniela	RG	4360	Sciortino Francesca	PA
4320	Spina Sergio Luca	CT	4361	Gialverde Alberto	PA
4321	Sileci Carolina	CT	4362	Zerilli Roberto	PA

aggiornamento albo

n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.	n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.
4363	Randazzo Giuseppa	PA	4413	Taormina Maria Laura	PA
4364	Russo Leonardo	EN	4414	Morreale Giuseppina Rita	CL
4365	Rigano Rosalia	PA	4415	Milanesi Manuela	TP
4366	Celestre Carmela	RG	4416	Nicosia Alida	CT
4367	Ciulla Alessandra	AG	4417	Gallo Maria Pia	CL
4368	Truzzolino Antonina	AG	4418	Parisi Maria	ME
4369	Fertitta Ivana	PA	4419	Rosano Maria Luisa	PA
4370	Saputo Epifania	PA	4420	Bologna Rosamaria	PA
4371	Cugno Daniela	SR	4421	Chirco Giuseppa	PA
4372	Bruculeri Rosa Maria Domenica	CL	4422	La Russia Maria	TP
4373	Saporito Giusi	CL	4423	Scifo Lidia	RG
4374	Campolo Lorena	ME	4424	Segreto Valeria	RG
4375	Messina Maria	TP	4425	Vitanza Daniela	PA
4376	Viola Rosalia	PA	4426	Tirrito Sabrina	PA
4377	Fraterrigo Antonella	PA	4427	Brucato Maria Giuseppina	PA
4378	Raia Fabrizio	AG	4428	Abbisogni Manuela	PA
4379	Pacinella Pietro	PA	4429	Termini Laura	AG
4380	Pirrone Eliana	TP	4430	Riggio Giuseppina	AG
4381	Volzone Sonia	ME	4431	Sinacori Rosa	TP
4382	Costa Simona	TP	4432	Liotta Edvige	ME
4383	La Ferla Irene	CT	4433	Puleo Simona	PA
4384	Sferruggia Santina	TP	4434	Riccombeni Domenica	EN
4385	Ranzino Lucia	PA	4435	Pizzolante Caterina	ME
4386	Tomaselli Chiara	CT	4436	Bifronte Patrizia	ME
4387	Fontana Antonina	TP	4437	Barbaro Gianvera	PA
4388	Cucina Loredana	PA	4438	Cortigiani Daniela	PA
4389	Albanese Giuseppa	PA	4439	Bensorte Lina	PA
4390	Purrazzella Loredana	PA	4440	Cascone Maria	PA
4391	Galbo Annarita	PA	4441	De Domenico Maria	TP
4392	Giorgianni Grazia Maria Angela	ME	4442	Ferraro Milena	ME
4393	Alioto Tiziana	PA	4443	Mercanti Rita	PA
4394	Ingala Alessandra	EN	4444	Di Simone Giulia	PA
4395	Bruno Licia	PA	4445	Santangelo Mariateresa	ME
4396	Salamone Valentina	PA	4446	Alastra Barnaba	TP
4397	Glorioso Mariacristina	PA	4447	Ottoveggio Maria	TP
4398	Messina Giacoma Daniela	TP	4448	Grasso Amelia	SR
4399	Vasques Simona	SR	4449	Cimino Emilia Immacolata	CT
4400	Noce Stefania	TP	4450	Angileri Loredana	TP
4401	Nola Patrizia	CL	4451	Lipera Marco	CT
4402	Purpura Paola	PA	4452	Ventimiglia Caterina Claudia	PA
4403	Mancuso Lidia Calogera	EN	4453	Fanara Manuela	TP
4404	Amelio Rossella	PA	4454	Gervasi Gaetana	EN
4405	Barretta Emanuela	PA	4455	Lanza Tiziana	PA
4406	Graceffa Nicoletta	AG	4456	Grisanti Pietro	PA
4407	Macauda Paola	RG	4457	Cascio Vincenzo	PA
4408	Accetta Maria	RG	4458	La Foresta Stefania	ME
4409	Ferrauto Lorena	PA	4459	Marchese Alessandra	ME
4410	Falzone Maria Grazia	CL	4460	Chiavetta Venera Maria Grazia	CT
4411	Senatore Marilena	PA	4461	Novara Maria Luisa	TP
4412	Lisciandrello Stefania	PA	4462	Venezia Marzia	CT

n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.	n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.
4463	Puglisi Caterina Francesca	ME	4513	Alesi Mariangela	TP
4464	Gaeta Rosa Giuseppina	EN	4514	Caruso Chiara	PA
4465	Barrale Loredana Roseline	PA	4515	Signorino Sergio	PA
4466	Di Gesaro Giuseppina	PA	4516	Gnoffo Giuseppina	PA
4467	Falletta Silvia	PA	4517	Pisciotta Giacomo	TP
4468	Chirco Gaetana	PA	4518	Filippello Giuseppa	ME
4469	Canicattì Elena	AG	4519	Zito Silvia	PA
4470	La Torre Valentina	PA	4520	Dallara Grazia	PA
4471	Pantaleone Alice	PA	4521	Campanella Alessandra	CL
4472	Lo Brutto Silvia Maria	CL	4522	Martorana Giuseppe	PA
4473	Termini Giovanna	RG	4523	Spagnolo Erika	EN
4474	Nastasi Alessia Michela	CL	4524	Mancuso Daniel Lina	AG
4475	Cannata Lucia	CT	4525	Ferlauto Clara Rita	EN
4476	Calafiore Santina	SR	4526	Silvia Mariangela Rita	TP
4477	Cortese Maria	CT	4527	D'Ambrà Maria	SR
4478	Lentini Anna	AG	4528	Pellegrino Salvatore	TP
4479	Truzzi Viviana	PA	4529	Omodei Fabio	PA
4480	Seminara Franca	PA	4530	Marotta Linda Maria	PA
4481	Nasta Mariaelena	PA	4531	Virone Angela	AG
4482	Turco Annalisa	AG	4532	Piccolo Cristina	PA
4483	Licata Valentina	AG	4533	Fardella Valentina	PA
4484	Cutrupia Gioacchino	CT	4534	Mangiameli Nadia	SR
4485	Trimarchi Rosaria Anna	ME	4535	Ullo Angelida	ME
4486	Palazzolo Stefania	SR	4536	Glaviano Giuseppe	PA
4487	Catalfamo Manuela	CT	4537	La Spina Graziana	CT
4488	Cusumano Enza Maria	AG	4538	Macaluso Mariangela	PA
4489	Livuzza Rossella	PA	4539	Capodici Vincenza	CL
4490	Pantano Sveva	PA	4540	Busellini Ramona	PA
4491	Peraino Marilena	TP	4541	Cerniglia Irene	PA
4492	Raia Roberto	AG	4542	Gargano Valentina	EN
4493	Alotta Rosalia	PA	4543	Privitera Rosalba	CT
4494	Ucciardi Laura	PA	4544	Cona Gaetana	CL
4495	D'Anna Laura	PA	4545	Galiano Claudia	PA
4496	Piccione Grazia Ausilia	CL	4546	Signa Claudia Maria	PA
4497	Titone Marilena	TP	4547	Paviglianiti Pietro	PA
4498	Lo Bue Iolanda	AG	4548	Russo Ester	TP
4499	D'Amico Valentina	SR	4549	Neri Silvana Ester	AG
4500	Cassisi Magda	CL	4550	Gasparini Floria	PA
4501	Sala Emma	AG	4551	Strazzanti Licia	EN
4502	Di Natale Paola	PA	4552	Calì Agata	PA
4503	Campisi Claudia	PA	4553	Inferrera Mariangela	ME
4504	Turrisi Giuseppa	PA	4554	Patellaro Fabiola	PA
4505	Abbracciavento Elisa	PA	4555	Coppolino Paola	CT
4506	La Lamia Laura	PA	4556	Distefano Ivana	CT
4507	Gioè Erminia	PA	4557	Bonni Sonia	PA
4508	Santacolomba Daniela	PA	4558	Gullo Vincenza	PA
4509	Adragna Giuseppe	TP	4559	Ribaudò Daniela	TP
4510	Fundarò Nadia	TP	4560	Patanè Anna	CT
4511	Rugnone Laura	PA	4561	Bontempo Deborah	ME
4512	Di Lio Cristina	AG	4562	Ficili Enrica	RG

aggiornamento albo

n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.	n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.
4563	Verga Lavinia	PA	4613	Giacalone Caterina	TP
4564	Pellitteri Valentina Maria Santa	CL	4614	Ajovalasit Emanuela	CL
4565	Ciarla Manuela	PA	4615	Tedesco Simona	PA
4566	Montalbano Laura	PA	4616	Gulino Antonello	PA
4567	Ferrandi Vera Maria	PA	4617	Attardi Sonia	CL
4568	Tucci Francesca	PA	4618	Passantino Sonia	PA
4569	Perla Valentina	AG	4619	Vinciguerra Rosangela	PA
4570	Gulotta Caterina	PA	4620	Spagnolo Roberta	TP
4571	Mangano Giuseppa Renata	PA	4621	Distefano Massimo	RG
4572	Ruggirello Irene	TP	4622	Borrelli Maria Luisa	PA
4573	Billetta Mauro	PA	4623	Montalto Mariaconcetta	SR
4574	Amenta Simona	PA	4624	Fratantonio Simona	SR
4575	Iacono Alessia	AG	4625	Nicolosi Luisa	EN
4576	Cosentino Fiorella	AG	4626	Giannone Concetta	RG
4577	Ursino Daniela	CT	4627	Beneficio Antonella	ME
4578	Lupo Aurora	PA	4628	Caruso Paola	AG
4579	Sampieri Monica	PA	4629	De Pasquale Antonella	ME
4580	Guida Rosalba	PA	4630	Marrone Marilena	TP
4581	Scherma Valentina	PA	4631	Pirreria Flavia	EN
4582	Fassari Agata	PA	4632	Spitale Salvatrice	PA
4583	Garraffo Valentina	PA	4633	Balistrocchi Rosa	SR
4584	La Rosa Maria Agata	CT	4634	Castagna Alessandra	PA
4585	Pecoraro Giuseppina	PA	4635	Persico Maria Viviana	PA
4586	Tamburini Caterina	PA	4636	Maglio Concetta	CL
4587	Corselli Cristina	TP	4637	Geraci Rossana	AG
4588	Buttitta Irene	PA	4638	Mangiacavallo Rosalia	PA
4589	Riccobono Silvia	AG	4639	Compagno Federica	PA
4590	Bruno Veronica	ME	4640	Iraggi Gianna	PA
4591	Buscemi Maria	EN	4641	Iraggi Giuseppina	PA
4592	Cunsolo Cristiana Serafina Antonia	CT	4642	Arnone Virginia	AG
4593	Sollami Sonia Lucia	CL	4643	Mirabile Gilda	TP
4594	Saladino Cristina	PA	4644	Messina Ines	SR
4595	Pergolizzi Glenda	PA	4645	Lo Greco Evelina	AG
4596	Aiello Alessandro	CT	4646	Sicilia Sonia	PA
4597	Vernengo Maria	PA	4647	Priolo Angela	PA
4598	Madonia Nadia	PA	4648	Galati Anna Rita	EN
4599	Cannistraro Elsa	PA	4649	Rodriguez Claudia Marcela	PA
4600	Placa Lucia	PA	4650	Marino Granfazza Monica	ME
4601	Calavitta Francesca	ME	4651	La Mattina Rosalba	PA
4602	Morici Caterina	PA	4652	Felice Davide Giuseppe	EN
4603	Finocchiaro Filippa	CT	4653	Giurdanella Valentina	RG
4604	Sciuto Maria Angela	CT	4654	Manni Daniela	AG
4605	Pintaudi Tindara	ME	4655	Pipitone Antonina	TP
4606	Iuculano Mariangela	PA	4656	Amico Giuseppina	CL
4607	Renda Salvatore	TP	4657	Spoto Eleonora	AG
4608	Lo Coco Mirella	CT	4658	Prinzivalli Patrizia	AG
4609	Arena Rosa	TP	4659	Pillitteri Linda	CL
4610	Marchese Francesca	PA	4660	Balsamo Rosanna	PA
4611	Gambacurta Dalila	EN	4661	Huta Julian	PA
4612	Indelicato Antonella	TP	4662	Meli Maria Giovanna	PA

n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.	n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.
4663	Principato Liliana Stefania	PA	4697	Libetti Giovinazzi Osvaldo	ME
4664	Maresca Giuseppa	ME	4698	Guzzardella Giuseppe	PA
4665	Amodeo Antonia	AG	4699	Fontana Francesca	TP
4666	Armeli Iapichino Donatella	ME	4700	Interrante Margherita	AG
4667	Lo Baido Patrizia	PA	4701	Patanè Annabella	CT
4668	Cincotta Claudia	PA	4702	Zanca Federica Maria	PA
4669	Landino Daniele	PA	4703	Graci Salvatore	AG
4670	Lo Buono Viviana	ME	4704	Di Matteo Anna	PA
4671	Loggia Rosaria	AG	4705	Marino Dominga	CT
4672	Pugliesi Margherita	TP	4706	Esposito Chiara	CL
4673	Cacciato Insilla Carmela	PA	4707	Mirabile Patrizia	TP
4674	Triplinetti Stefania	RG	4708	Asaro Mariangela	TP
4675	Gangi Chiodo Serena	PA	4709	D'Amato Daniela	PA
4676	Mancuso Vincenzo Gianluca	PA	4710	Giugno Daniela	PA
4677	Brunetta Paola	TP	4711	Ribaudò Violetta	PA
4678	Schifano Maria	AG	4712	Arancio Febbo Laura	RG
4679	Mattina Morena Giuseppa	AG	4713	Mineo Valeria	PA
4680	Di Pasqua Maria Maddalena	PA	4714	Puleo Tiziana	PA
4681	Ancona Giuseppa Fiorella	PA	4715	Castellana Antonella	TA
4682	Brunetta Mariella	TP	4716	Vaccaro Valentina	ME
4683	Liuzza Daniela Angelica	AG	4717	Corazza Rita	AG
4684	Vizzini Rosalia	PA	4718	Marino Claudia	AG
4685	Musumeci Grazia Florinda	RG	4719	Rositani Germana	PA
4686	Sciuto Marinzia	CT	4720	Bonafede Loretta	TP
4687	Spina Viviana	RG	4721	Angileri Angelo Alessandro	TP
4688	Pollicino Concetta	CT	4722	Olindo Anna	CT
4689	Augusto Gaia	AG	4723	Terranova Giuseppa Antonia	AG
4690	Bongiorno Manuela	ME	4724	Insolera Adelaide	SR
4691	Rosano Mariagrazia	ME	4725	Saccaro Annamaria	TP
4692	Allucci Carmela	PA	4726	Vela Alessandra	PA
4693	Savarese Simona	ME	4727	Sartorio Crocettarachele	AG
4694	Arezzo Mariaconchetta	RG	4728	Vancardo Fabrizio	PA
4695	Oddo Eleonora	PA	4729	Angileri Gabriella Grazia	TP
4696	Gagliardi Carinda	PA			

ISCRITTI SEZ. "B"

n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.	n° Scheda	Cognome e Nome	Prov.
29	Paolillo Anna	CT	35	De Gregorio Caterina	ME
30	Musciumara Manuela Angela	CT	36	Villari Cynthia	ME
31	Patti Silvia	EN	37	Bruno Claudia	ME
32	Gregorio Maria Elena	CT	38	Porcino Angela Eleonora	RC
33	Attinà Alice Valeria	CT	39	Chiofalo Tiziana	RC
34	Giarrizzo Carmelinda	CL			

AVVISO! Gli iscritti provenienti da altri Ordini degli Psicologi Provinciali o Regionali, se devono autocertificare la propria iscrizione, devono riportare la data che era stata loro assegnata dal "vecchio" Ordine e il numero assegnato al momento dell'accettazione del nulla osta



Oggetto: Attribuzione crediti ECM tutor.

A seguito dei chiarimenti richiesti dal CNOP si comunica quanto segue:

I crediti formativi ai tutor possono essere riconosciuti dal 24/11/2005;

I crediti formativi sono riferiti sia all'attività di tutor svolta dallo Psicologo in riferimento ai tirocini obbligatori previsti per l'ammissione all'esame di Stato che all'attività di tutor svolta dallo psicologo nell'ambito del tirocinio obbligatorio previsto all'interno dei corsi di specializzazione.

Le modalità per il riconoscimento dei crediti formativi sono state stabilite con Determinazione della CNFC del 29 marzo 2007. Possono quindi essere riconosciuti per l'attività di tutoraggio nella misura della metà dei crediti previsti per l'anno di riferimento calcolati per un impegno uguale o superiore a mesi sei.

Anno 2005 – crediti previsti 30 – crediti per attività di tutoraggio 15. Per l'anno 2005 è possibile maturare 2 crediti valutati per eccesso (dal 24/11/2005 al 31/12/2005).

Anno 2006 - crediti previsti 30 – crediti per attività di tutoraggio 15 per sei mesi di attività.

Anno 2007 - crediti previsti 30 – crediti per attività di tutoraggio 15 per sei mesi di attività.

L'attestazione dei crediti formativi in qualità di tutor deve essere rilasciata dall'Ordine di appartenenza.

L'interessato potrà chiedere all'Ordine l'attestazione previa presentazione di apposita documentazione relativa allo svolgimento dell'attività di tutor.

Al Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

Oggetto: Richiesta attestazione crediti ECM per attività di tutor.

Il Sottoscritto.....nato a

il residente.....

Premesso che ha svolto attività di Tutor dal..... al

presso.....

per:

Tirocinio obbligatorio esame di stato

Tirocinio obbligatorio corso di specializzazione

Chiede

A codesto Ordine il rilascio della relativa attestazione.

Allega la seguente documentazione relativa allo svolgimento dell'attività di tutor:

Ψ Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana



Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

La Segreteria è attiva presso la sede dell'Ordine che si trova in:

viale Francesco Scaduto, 10/B - 90144 Palermo

Orario di ricevimento in sede:

- lunedì e venerdì dalle ore 10,00 alle ore 13,00
- martedì dalle ore 15,30 alle ore 17,30
- giovedì dalle ore 12,00 alle ore 17,00

Tel. 091 6256708 - **840 500290, al costo di un singolo scatto urbano, da tutta la rete fissa in Italia, quindi con esclusione dei cellulari.**

Fax: 091 7301854 (attivo 24 ore / 24 ore)

Web site: www.oprs.it

E-mail: sede@oprs.it

Il Presidente, il Vicepresidente, il Segretario e il Tesoriere ricevono in sede gli iscritti previo appuntamento tramite la segreteria.

Tramite la segreteria è possibile:

- iscriversi all'Albo
- richiedere certificati
- ricevere informazioni sulle iniziative del Consiglio dell'Ordine
- ottenere informazioni sulle procedure da seguire e sulle istanze presentate
- comunicare variazioni di domicilio e/o residenza
- richiedere tesserino d'iscrizione, facendo pervenire presso la sede dell'Ordine la richiesta, allegandovi due fotografie formato tessera, nonché la fotocopia del documento d'identità.