



Psicologi e Psicologia in Sicilia

Giornale dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia

EDITORIALE

Le nuove professioni di psicologo

FULVIO GIARDINA

Presidente Ordine Regionale

Care colleghe e cari colleghi,

il rinnovo del nostro Consiglio ordinistico, previsto per lo scorso mese di Luglio e già prorogato al mese di Giugno del 2003, con la legge 1 Agosto 2002, n. 173 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 giugno 2002, n. 107, recante disposizioni urgenti in materia di accesso alle professioni" è stato ulteriormente prorogato al mese di giugno del 2004, insieme a tutte le scadenze elettorali degli Ordini professionali italiani.

Un gesto forte del legislatore, che apparentemente ha limitato – almeno per questi due anni – il diritto dell'elettorato al rinnovo democratico delle cariche

SOMMARIO

- 2 - IN PRIMO PIANO
 - Emergenza ambientale
 - Emergenza sociale
- 11 - ACCREDITAMENTO
- 14 - LO PSICOLOGO... NELLA RETE SOCIALE DEI SERVIZI
- 18 - JAMES HILLMAN un anno dopo
- 22 - LETTERA A JUNG
- 24 - PSICOTERAPIA
- 28 - PSICODIAGNOSI
- 30 - FOCUS
 - Dipendenze patologiche
- 40 - GIOVANI PSICOLOGI
- 44 - LA PROFESSIONE
- 46 - LA PROFESSIONE - NUOVI ORIZZONTI
- 47 - ORIENTAMENTO
- 49 - AGGIORNAMENTO ALBO

esecutive. Ritengo sia opportuno entrare nel merito di questa legge, poiché l'obiettivo posto è ben più ampio e strategico di una mera e semplice proroga elettorale.

In altre parole, non possiamo leggere l'intervento del parlamento sulla vita interna delle professioni italiane come una banalizzazione dei tempi elettorali. Sono ben altre, e di altra natura, le motivazioni che hanno determinato la promulgazione di questa legge di proroga.

Facciamo un passo indietro e rileggiamo la storia, pur breve, della nostra professione. Infatti nell'arco di qualche decennio la professione di psicologo è stata ridisegnata più volte in relazione al profilo di accesso.

Negli anni '70 furono istituiti i primi corsi di laurea in psicologia presso le Università di Roma e di Padova. Il profilo fu tracciato sulla base della esperienza, della tradizione della psicologia italiana e sulla scorta dei percorsi formativi che da anni erano stati delineati nelle Università di altri paesi, europei e non.

Non esistendo ancora l'Albo, né gli Ordini regionali, il percorso formativo fu collocato nell'arco di un quadriennio. Fu subito chiaro che tale formazione privilegiava l'ambito prettamente clinico, in relazione ai bisogni che in quella fase storica erano emergenti, in special modo all'interno del contesto sanitario, pubblico e privato.

Purtroppo l'assenza - all'epoca - di una normativa sulla regolamentazione della professione di psicologo non determinò un confronto produttivo sulla congruenza della formazione accademica con il modello prestazionale e soprattutto con le esigenze professionali ed occupazionali degli psicologi.

Con la legge n. 56 del 18/02/1989 furono istituiti gli Ordini regionali. Il percorso formativo dello psicologo divenne più articolato e complesso, con la durata quinquennale degli studi universitari e con un anno di tirocinio, prima di poter sostenere l'esame di stato.

La durata apparve fin da allora eccessiva rispetto alle altre lauree professionalizzanti, ma – paradossalmente – invece di scoraggiare, di fatto determinò un aumento indiscriminato del numero di psicologi, con una età media elevata di accesso alla professione.

A questo proposito è utile proporre una riflessione sul livello occupazionale del laureato italiano rispetto ai laureati degli altri paesi della UE.

"Le prospettive dei giovani nel mercato del lavoro... ancora appaiono contraddistinte da una difficoltosa transizione dalla scuola al lavoro. Si tratta di due ambiti piuttosto se-

Sostegno all'emergenza ambientale

FULVIO GIARDINA
Presidente Ordine Regionale

E' doveroso rivolgere un pensiero verso tutti quei nostri concittadini che stanno vivendo l'esperienza drammatica dell'emergenza sismica, dell'allontanamento forzato dalle loro abitazioni, dai loro affetti, dalle loro abitudini di vita.

Nella nostra società, nella quale il benessere è ormai consolidato, in cui i valori vengono diluiti attraverso i mass-media ed i modelli di riferimento enfatizzano la competizione e la sopraffazione, a volte non è semplice offrire segnali concreti di solidarietà e di partecipazione al dramma altrui.

Sono momenti delicati, perché l'individuo che si trova all'improvviso al centro di una devastazione ambientale ha la necessità di recuperare i propri tempi ed i propri spazi mentali, di rileggere la propria esperienza esistenziale e di riordinare il proprio progetto di vita.

Bisogna entrare in punta di piedi, in silenzio, con umiltà, nel dramma dei nostri concittadini di Santa Venerina, di Milo, di Acireale e degli altri paesi devastati dal sisma e dalla lava.

In questi giorni abbiamo assistito ad un massiccio schieramento di volontari, di troupe televisive, di organizzazioni umanitarie, che sono indubbiamente bene organizzati per assistere coloro che soffrono e per veicolare al di fuori le informazioni sul dramma.

E' sembrato quasi che il dramma di quelle persone e di quelle comunità si fosse trasformato in una scenografia teatrale per i numerosi spettatori che – dipendenti ormai da una realtà virtuale – sono alla ricerca di un pianto vero, di una sofferenza reale.

Gli psicologi non necessitano di *prima linea*, di presenzialismo.

Nelle situazioni di calamità ambientale è quanto mai opportuno che le istituzioni (Vigili del Fuoco, Forze Armate, Protezione Civile, ecc.) facciano il loro dovere e che diano segni di efficienza.

Le Unità di Crisi, che gestiscono il contesto strategico dell'emergenza, devono avere al loro interno – come *valore aggiunto* – il professionista

psicologo, il quale può e deve fornire una sua valutazione sulla organizzazione dei soccorsi, dei soccorritori, e soprattutto dei sinistrati.

Però, quando l'emergenza cessa, quando si ripristina una apparente normalità di vita, quando tutti i soccorritori vanno via, allora è necessario sostenere quegli individui, quelle famiglie, quei bambini, a rileggere il loro dramma e a riorganizzare i loro affetti ed il loro vissuto: è questo il compito degli psicologi.

Non mi è sembrato opportuno offrire una nostra disponibilità

al momento della prima emergenza, proprio per evitare una nostra presenza professionale disorganizzata e poco coerente.

Adesso credo che si possa e si debba prevedere ed organizzare un intervento professionale degli psicologi in favore delle popolazioni colpite, attraverso modalità da concordare successivamente. Non possiamo certamente dimenticare: la nostra competenza professionale oggi può essere una risorsa necessaria. A questo punto vi invito, care colleghe e cari colleghi, a segnalare la vostra disponibilità ad intervenire nei paesi sinistrati a partire dal prossimo anno.

Sarà mia cura contattarvi per organizzare insieme il progetto della rinascita.



L'importanza del supporto psicologico per i soccorritori in emergenza

MELITA RICCIARDI

Psicologo

Qual è oggi il rapporto tra il mondo della protezione civile e della salute psicofisica del soccorritore?

Che cosa significa formare? Quale contributo possono dare gli psicologi?

La società attuale ha dato poca importanza alla formazione psicologica nell'ambito della protezione civile e dei suoi operatori.

Una politica preventiva non può trascurare la cornice culturale nella quale il soccorritore opera.

La prevenzione si basa su concetti chiave "il soccorritore", il "territorio ed i suoi rischi"; prevenire significa promuovere una cultura comunitaria di coping (adattamento, capacità di fronteggiare lo stress).

Il territorio e tutta la sua rete di organizzazione sono elemento indispensabile di conoscenza al fine di migliorare la "prestazione" in emergenza e valutare i bisogni specifici della comunità.

Praticare formazione verso chi è preposto alle emergenze significa valorizzarne le competenze e fornire strumenti che salvaguardino dalla sofferenza.

IL CONTESTO OPERATIVO DEL SOCCORRITORE

E' necessario ricordare che il contesto operativo nel quale opera il soccorritore è caratterizzato da cambiamento repentino e imprevedibilità, evoca dolore e rischio e non permette ai soccorritori un adattamento organico, adeguato a fronteggiare gli aspetti emotivi correlati allo stress generato dall'evento.

Le calamità naturali e le emergenze destabilizzano il territorio colpito, i suoi abitanti e mettono a repentaglio la comunità sia dal punto di vista geologico che psicologico.

Gli operatori che in particolare devono soccorrere le vittime da fenomeni imprevedibili (terremoti, alluvioni, inondazioni, frane, incendi) necessitano di un addestramento adeguato. E' proprio questa consapevolezza che ci spinge a considerare una cultura attenta sia ai bisogni dell'uomo nell'emergenza che a gestire meglio il senso di inadeguatezza e di impotenza che prova di fronte alla drammaticità dell'emergenza.



Con il terremoto vi è shock immediato, nell'alluvione, nelle inondazioni o frane l'impatto psicologico è spesso ritardato in quanto l'acqua in un primo momento dà la possibilità di pensare alla fuga; è in un secondo momento che si generano fantasie catastrofiche perché si comincia a realizzare la perdita della propria casa, delle proprie cose, la vista dei corpi straziati, o il fango che incombe e che trascina via gli ultimi resti di una vita sacrificata e costruita sul lavoro. Qui diventa necessario l'intervento strategico del soccorritore, convincere la gente a lasciare le case, dare l'adeguato supporto, contenere l'ansia.

Ridurre l'incidenza di questi fattori può rappresentare un obiettivo adeguato nei confronti di chi si porterà dietro per tanto tempo questa sofferenza interiore. Il contatto con il disastro si deve basare su una comunicazione rassicurante e protettiva.

Trasmettere informazioni adeguate con lo stabilirsi di una vicinanza emotiva permette già di tranquillizzare per quanto possibile la vittima colpita dall'evento.

L'ansia è un'emozione appresa, non ha base biologica nessuno nasce ansioso. Questo è importante perché si può "apprendere come dominare la paura" scatenata dall'ansia per fare in modo che nel nostro caso sia il soccorritore che la vittima possano essere "padroni del proprio organismo". La paura quando diventa panico è contagiosa e si trasmette per imitazione e per suggestione. Ciò può scatenare un comportamento di fuga non adeguato al pericolo che incombe. Se il panico si apprende allora è possibile addestrarsi al fine di dominare situazioni di calamità o di crisi.



Il soccorritore deve dare informazioni e indicazioni precise, non confuse, diventa indispensabile il livello di comunicazione, infondere informazioni semplici per non far abbassare il livello di vigilanza della coscienza e far trasformare la paura in panico.

Per mantenere alto il livello di vigilanza è necessario che l'organismo mantenga alta la percezione del pericolo. Il meccanismo che deve attivare il soccorritore è di compensazione tra quella che è la propria paura e quella che è la reale situazione di pericolo. La sua funzione è di "guida" al fine di creare aggregazione nel gruppo che ha subito l'evento catastrofico. Il fatto che il soccorritore abbia una funzione di guida gli permette psicologicamente di abbassare il proprio livello di ansia e questo fa da freno al gruppo. Infatti il grado di responsabilità che si assume il soccorritore fa da tampone al panico che si crea nel gruppo e promuove dei comportamenti di "problem solving" cioè soluzioni efficaci ed immediate alla situazione-problema.

Addestrare al problem-solving significa dunque facilitare nell'operatore un comportamento psicomotorio adeguato all'intensità dell'evento catastrofico.

Quando vi sono situazioni di tipo pre-critico l'attenzione deve essere posta alla gestione della fase pre-allarme con l'obiettivo di creare in seno alla popolazione dei comportamenti che evitino allarmi incontrollati, confusioni e panico.

In tale quadro di sensazioni così negativamente invasive appare chiaro il ruolo che assume lo stru-

mento psicologico in termini di prevenzione e tutela della salute psicofisica tanto dei soccorritori che delle vittime di catastrofi. Infatti sono alte le aspettative psicologiche nell'intervento di soccorso che devono essere gestite, il contesto è spesso causa di interventi fallimentari (lutti) che bisogna imparare a superare.

IL SOCCORRITORE DI FRONTE ALL'EVENTO CATASTROFICO: QUALI SONO LE RISPOSTE PSICOSOMATICHE?

Le reazioni psicologiche alla catastrofe possono drammaticamente incidere sulle operazioni di soccorso ed assistenza alle persone coinvolte, lo scenario emotivo cambia rispetto alla quotidianità.

Il personale coinvolto nel salvataggio e nell'assistenza dei dispersi può andare incontro ad importanti disturbi psicosomatici. Tali disturbi identificati come disturbi acuti da stress o disturbi post-traumatici da stress investono i soccorritori per l'elevata esposizione degli stessi ai mediatori da stress, soprattutto il contatto visivo e talora fisico con cadaveri e corpi straziati.

Il panico è una esperienza individuale e si differenzia dalla paura in quanto essa è fisiologica. La paura è un investimento emotivo ad una situazione di pericolo.

Il panico si manifesta come un investimento apparentemente irragionevole e sproporzionato e si esprime in una crisi in cui tutte le energie sembrano coinvolte nella gestione dell'emotività dilagante ed incontrollabile.

Il panico non consente all'individuo di gestire le proprie aree di esperienza e di capacità cognitiva. Infatti la persona colta da panico può intellettualizzare una situazione razionalizzarla ma non sottoporla ad una vera critica.

E' importante sottolineare che una minoranza di soccorritori sperimenta sintomi di stress e dissociativi sufficientemente persistenti e menomanti da meritare una diagnosi di disturbo acuto da stress. La caratteristica essenziale del Disturbo Acuto da Stress è lo sviluppo di ansia, dissociazione ed altri sintomi entro un mese dall'esposizione ad uno stressor (stimolo) traumatico. Il disturbo Acuto da Stress è caratterizzato da cinque pattern di risposta principali: 1. dissociazione o senso di ottundimento emozionale; 2. ripetizione dell'esperienza dell'evento; 3. evitamento comportamentale; 4. aumento dell'attività fisiologica; 5. menomazione socio-lavorativa. Per soddisfare i criteri del DSM IV l'individuo deve presentare almeno tre sintomi dissociativi e almeno una forma di ripetizione del vissuto dell'evento, una forma di evitamento comportamentale, una forma di attivazione fisiologica e una

forma di menomazione o lavorativa significativa. Il disturbo deve durare come minimo due giorni e al massimo quattro settimane e deve manifestarsi almeno entro quattro settimane dall'evento traumatico.

Il DSM IV (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali che classifica tutte le sintomatologie e le patologie correlate) invece con il DPTS (disturbo post-traumatico da stress) definisce tutte quelle situazioni stressogene legate ad eventi calamitosi o a eventi riguardanti la morte di un coniuge come "vissuti" che vanno "al di fuori dell'esperienza umana", oggi la definizione più esatta di DPTS è: "normale risposta di un soggetto ad un evento abnorme".

La proporzione dei soggetti che vanno incontro ad un DPTS varia con la natura e la gravità dell'evento traumatico. Si può generalmente affermare che i soggetti esposti più gravemente ad un evento critico hanno più probabilità di sviluppare un disturbo. Dato che le maggiori definizioni elencano ben 17 sintomi, raggruppati in 3 categorie, il DPTS può essere considerato un fenomeno di definizione molto larga. Altrettanto è la gamma di soggetti coinvolti, che comprende vittime primarie (se toccate direttamente dal disastro) e secondarie (se esse denunciano effetti indiretti, come il lutto), operatori dell'emergenza (soccorritori, personale sanitario, disaster manager, ecc.), e professionisti della salute mentale, i quali possono crollare sotto l'effetto di lavorare intensamente con i problemi dei membri delle altre categorie.



Nel sviluppare un DPTS tra gli uomini esiste una certa vulnerabilità, l'elaborazione emotiva di un evento incontrollabile e imprevedibile è soggettiva (a volte i sintomi si possono presentare anche dopo sei mesi) ed esso viene vissuto da alcuni in modo intenso da altri meno, ciò vale, nel caso di un'emergenza, sia per le vittime che per i soccorritori.

Spesso dopo eventi catastrofici eclatanti i traumatizzati mettono in atto comportamenti evitanti, tenendosi lontani dagli stimoli temuti, inoltre la mancata elaborazione emozionale della reazione all'evento stressante spinge ad accumulare ansia e tensione che con il passare del tempo si cronicizzano in vere e proprie fobie, ossessioni o stati depressivi.

Molti traumatizzati a volte esprimono sentimenti di colpa per essere sopravvissuti e non avere aiutato abbastanza le persone decedute.

I clinici affermano sulla base di indagini scientifiche che i soggetti traumatizzati possono andare incontro a modificazioni permanenti della personalità e possono presentare sintomi come astenia, cefalee, dolori al torace, disturbi gastrointestinali, disturbi della memoria, cardiovascolari, deterioramento cognitivo e un indebolimento del sistema immunitario. I sintomi classici più visibili in queste circostanze sono: ipervigilanza, ipersensibilità, ricordi ricorrenti ed intrusivi dell'evento, incubi, stress psicologico intenso, comportamenti di fuga, sintomi di depressione, compresi i disturbi del sonno, dell'appetito e l'irritabilità.

Le sensazioni sono angoscianti, il futuro sembra quasi inesistente, vi è una perdita di interesse nelle attività abituali e una diffusa sensazione di smarrimento.

Le relazioni sociali possono essere danneggiate, vi può essere un aumento dei contrasti coniugali e dei comportamenti violenti in famiglia e al di fuori.

Inoltre bisogna tenere sempre presente che il contesto operativo delle realtà emergenziali deve fare i conti con una situazione di crisi (dal greco "decidere", "giudicare") che mette l'individuo di fronte all'incerto, il che richiede un notevole sforzo delle risorse creative a disposizione. E' qui che gli aspetti psicologici correlati alle situazioni di emergenza sono finalizzati ad impedire che uno stress temporaneo, seppure forte, porti ad un disagio permanente, nonché di conoscere e sviluppare strategie di formazione per la prevenzione e il benessere psicofisico, che innalzino dunque la soglia di sensibilità al burn-out. La prevenzione del burn-out è fondamentale nelle professioni d'aiuto poiché costruisce un contenitore in cui ri-elaborare le esperienze "traumatiche" impedendo appunto quei processi che favoriscono una demotivazione al lavoro.

Infatti la sindrome del burn-out scaturisce dall'interazione sociale tra l'operatore, il contesto, i colleghi e il destinatario dell'aiuto con cui opera, come

reazione alla tensione emozionale cronica prodotta dal continuo contatto con altri esseri umani, soprattutto se hanno problemi o motivi di sofferenza e provoca demotivazione al lavoro e stato confusionale.

Sulla base di queste riflessioni, essenziali al fine di incrementare la cultura psicologica in emergenza, sorge un dubbio: fino a che punto è legittimo che i soccorritori siano esposti a tali rischi?

Intervenire sul soccorritore per recuperare le capacità di mettersi in rapporto con l'altro, con la propria sofferenza e con la disperazione delle vittime colpite dall'evento è uno degli scopi della psicologia dell'emergenza.

COME SI PUÒ SALVAGUARDARE LA VITA DELL'OPERATORE?

Molti soccorritori si riconoscono nelle parole delle vittime colpite da un evento calamitoso: "non posso più piangere", "non sono rimaste altre emozioni dentro di me", "la mia vita non ha più senso",



"non potrò mai superare questo dolore". Il sentirsi impotenti per l'inutile perdita di vite umane, provare sensi di colpa per la scomparsa di colleghi di lavoro o di familiari si accompagna all'incapacità di reagire e di lottare.

La riflessione clinica, che deriva dalla considerazione dell'intensità del trauma, è che più il trauma è intrusivo maggiore sarà l'impatto emotivo e fisico sulla persona e maggiore la necessità di interventi ad ampio spettro.

Molti coraggiosi vigili del fuoco, paramedici, agenti di polizia, personale sanitario ed altri soccorritori volontari e non, si trovano spesso coinvolti in

situazioni critiche impossibilitati ad agire rapidamente nei confronti delle vittime, inoltre assorbono i racconti di orrore e dolore che provengono dai superstiti.

A volte questi ricordi opprimenti possono rappresentare un periodo critico per i soccorritori quindi il processo di elaborazione psicologica può diventare molto complesso.

L'esposizione dei soccorritori ad un'emergenza è dunque quasi totale. Vivono con le vittime lo stesso ambiente sconvolto, ascoltano dalle vittime i racconti, le lacrime, il terrore, tutti sono esposti alla stessa scena.

Chi opera nell'ambito dell'emergenza in genere è sempre un operatore la cui preparazione di base è più orientata a fornire infrastrutture di supporto nei possibili scenari catastrofici senza avere, del resto, delle risorse emotive adeguate a fronteggiare l'evento catastrofico e nello stesso tempo lo stato emotivo del "salvato". Spesso sono individui appartenenti alla stessa comunità colpita e pertanto conoscono le vittime, di cui possono essere amici o parenti. L'addestramento degli operatori di solito prevede più

una formazione di primo soccorso, cioè come far sfollare i disastri, come sistemarli, come rispondere ai bisogni primari, la ricerca dei dispersi.

Le aziende sanitarie con la protezione civile e le prefetture dovrebbero promuovere dei progetti nei comuni più a rischio per la riduzione delle risposte stressogene sia dei soccorritori che delle vittime della catastrofe. Bisogna costruire una "mappa" psicologica dei rischi che incorrono sia i soccorritori che la popolazione, cioè promuovere un modello psicologico di prevenzione dei comportamenti di panico in emergenza.

Si tratta di impegnare dei tecnici come ingegneri, geologi, psicologi, disaster manager e quanti di

coloro hanno già sofferto esperienze simili, utilizzando come materiale formativo la raccolta delle loro testimonianze dirette sul campo per migliorare e valorizzare le competenze tecniche dei futuri operatori.

Del resto in Europa è già presente questo tipo di organizzazione a livello istituzionale.

Sulla base di quanto sin qui espresso diventa indispensabile per i soccorritori perseguire le seguenti finalità:

- Acquisire strumenti psicologici per fronteggiare lo stress;

- Acquisire abilità lavorative di gruppo negli interventi di emergenza.
- Acquisire strumenti psicologici per aiutare le vittime di catastrofe su un piano emotivo.
- Apprendere strategie di salvaguardia e attenzione ai segnali di burn-out individuali e di gruppo.
- Identificare il pericolo in cui si sta realmente incorrendo;
- Suddividere il lavoro distribuendo i ruoli in modo da attuare un intervento adeguato sul campo.
- Evitare di mettere in campo tutte le forze disponibili se non si prevede il cambio per gli operatori.



E' importante che il soccorritore sia in grado di gestire e decifrare i suoi stessi sentimenti ed impulsi al fine di non trasmettere e comunicare paura sia a chi gli sta di fronte che agli operatori stessi.

Inoltre durante un incidente critico o un disastro, il DPTS può essere limitato utilizzando alcune strategie di pianificazione e gestione, come le seguenti:

- limitare il tempo che i soccorritori trascorrono in ambienti pericolosi o traumatizzanti utilizzando le squadre a rotazione, aumentando la frequenza o la durata delle soste di riposo, prendendo misure per ridurre la stanchezza dei lavoratori, e dividendo le responsabilità tra più persone;
- creare aree primarie e secondarie di ammassamento dei soccorritori e roteando le squadre per brevi periodi tra queste e il sito dell'incidente (ove possibile, le aree di ammassamento dovranno essere attrezzate con posti di ristoro e di assistenza medica per gli stessi soccorritori);
- creare sistemi di gemellaggio o di sorveglianza mutua tra paia di soccorritori;
- prendere la decisione di ritirare quei soccorritori che mostrano segni di eccessiva stanchezza, stress o disturbo emozionale.

L'abilità degli operatori di usare il proprio ruolo professionale come scudo contro l'urto psicologico del disastro, cioè di mantenere il distacco necessario per proteggere la propria psiche, può essere potenziata dagli psicologi tramite alcune tecniche, tra cui ricordiamo il debriefing* e il defusing**.

Alla base di ciò vi è il riconoscimento della ne-

cessità di interventi formativi e di sostegno, per coloro che si occupano di aiuto nei contesti emergenziali, finalizzati alla promozione di competenze psicosociali nella gestione della crisi / emergenza, alla tutela del benessere psichico nei luoghi di lavoro e alla prevenzione della sindrome del burn-out.

Uno degli obiettivi della psicologia dell'emergenza è pertanto quello di fornire metodi sistematici per trattare lo stress a tutti i livelli, sia individuali che di gruppo, per allargare il repertorio delle risorse disponibili, da un lato individuare esigenze e bisogni psicologici dei traumatizzati (nonché di fronteggiarli), dall'altra di trasformare ed elaborare i vissuti stressogeni legati all'ambiente lavorativo.

* *Debriefing* è un procedimento finalizzato ad aiutare sia i superstiti che i soccorritori, a comprendere ed a gestire emozioni, ad identificare strategie per tradurre coscientemente ricordi carichi di affetto in una comprensione narrativa coerente e favorevole all'immagine positiva di sé dopo una esperienza calamitosa.

** *Defusing* significa letteralmente "disinnescare" ma, in senso figurato, anche "sdrammatizzare". E' diventato un termine generico per indicare un procedimento strutturato per aiutare i superstiti a comprendere e a gestire emozioni intense, ad identificare strategie di fronteggiamento efficaci e a ricevere sostegno dai pari.

Fiat di Termini Imerese: riflessioni di uno psicologo su un'emergenza sociale

ANTONIO SPERANDEO

Vice Presidente Ordine Regionale

Scrivo da cittadino di Termini Imerese e da persona che conosce lo stabilimento della Fiat e le persone che vi lavorano da oltre trent'anni; per dodici anni, dal 1975 al 1987, prima di intraprendere gli studi di psicologia, sono stato uno dei loro sindacalisti, e ne ho condiviso le ansie, le speranze, i progetti e le delusioni. Tra i lavoratori della Fiat ci sono miei parenti e carissimi amici. Scrivo quindi diviso tra le ragioni della testa e quelle del cuore.

Sulla Fiat erano riposte le speranze di trasformazione economica e sociale di un intero comprensorio, delimitato a nord dal Golfo di Termini Imerese, ad est dai comuni attorno a Cefalù ed a sud dal territorio montano delle madonie. In parte lo stabilimento ha rispettato queste attese, giungendo a collocare, agli inizi del 1980, 3500 addetti. Ma, al di là di poche aziende dell'indotto e dei servizi di trasporto delle persone e delle merci, l'azienda non ha sviluppato sul territorio siciliano gli effetti moltiplicatori di sviluppo che potenzialmente possedeva. In genere, in uno stabilimento di produzione automobilistica, per ogni addetto interno ne lavorano 3,5 all'esterno. A Termini le cose non sono andate così. Quello di Termini Imerese non è stato mai uno stabilimento autonomo dalla casa madre torinese, ma da essa dipende per quasi tutti i servizi strategici e di direzione: non sono mai stati trasferiti i centri di ricerca e di progettazione, non si è sviluppato un significativo indotto per la componentistica e ricordo che nemmeno la direzione aziendale era dotata di poteri di reale autonomia, visto che anche rispetto alla normale contrattazione sindacale doveva sempre essere interpellata "Torino". L'assetto monoprodotto, ovvero la produzione di una sola vettura, che ha visto dapprima la produzione della cinquecento, quindi della 126, poi della Panda ed infine della Punto, ha sempre reso l'azienda esposta al mercato delle piccole cilindrate. Ricordo diversi periodi di Cassa Integrazione Guadagni, a causa della sovrapproduzione rispetto al mercato, ma duravano non più di 4-6 settimane l'anno: non era ancora arrivato il tempo, che è poi quello che stiamo vivendo, in cui la Fiat perdeva significative quote di mercato a causa della crollo della sua competitività nel rapporto qualità prezzo nella concorrenza tra le auto di pari cilindrata.

Stanno qui le ragioni dell'attuale emergenza, dell'annunciata Cassa Integrazione a zero ore per



almeno un anno, alla paventata definitiva chiusura dello stabilimento.

In atto alla Fiat lavorano circa 1800 addetti diretti e 500 dell'indotto tra servizi e trasporti, che significa almeno 7000 persone che vivono del reddito prodotto grazie al lavoro in questa azienda.

Sono circa 7 milioni di euro al mese che, a loro volta, assicurano il reddito a centinaia di attività commerciali e artigiane, che portano il numero delle persone che vivono con questo reddito ad almeno 12000 persone. La crisi della Fiat costituisce una autentica emergenza sociale, con costi economici ed umani enormi e difficilmente recuperabili se non si riesce a trovare una valida soluzione. La Fiat si è insediata nel 1970 in un territorio caratterizzato da una economia contadina poco sviluppata, con piccolissime aziende a conduzione familiare, su un diffuso tessuto artigianale, su una discreta attività peschereccia e su una discreta media industria molitoria e della plastificazione: a Termini Imerese e Trabia, nel secolo scorso, venne prodotto per la prima volta il taglio di spaghetti denominati vermicelli. Gran parte dei lavoratori addetti a queste attività costituì la manodopera fondamentale della Fiat; il tessuto produttivo del territorio si è così depauperato, monopolizzato dalla Fiat (oltre che dalla Centrale Termoelettrica dell'Enel); anche le competenze artigianali, assumendo una posizione residuale nella

pratica del secondo lavoro, vennero ridotte e dequalificate, e la Fiat, attraverso un assetto produttivo basato sulla catena di montaggio, cioè sul lavoro parcellizzato e ripetitivo, finiva con creare dequalificazione di massa, non stimolando la formazione e la crescita professionale.

Dall'insieme dei dati economici e sociali si può comprendere il dato della dipendenza quasi assoluta, e comunque preponderante, del nostro territorio dalla Fiat, al punto che pochissime sono state in questi anni le possibilità di sviluppo alternativo. E questo ha finito per ingenerare nelle istituzioni e nel sistema produttivo l'incapacità di prospettare delle politiche di sviluppo locale, di valorizzazione e di crescita imprenditoriale diffuse, di crescita tecnologica avanzata. Da qui la disperazione dei lavoratori e delle loro famiglie, le forme di lotta esasperate ed estreme, l'impossibilità, oggettivamente fondata, di immaginare la propria sicurezza ed il proprio futuro senza la Fiat.

Nella speranza che l'iniziativa di lotta sindacale, l'apertura di una trattativa e la mediazione politica inducano la casa torinese a presentare un piano industriale più equo e basato su investimenti nella ricerca e nell'innovazione, l'emergenza Fiat rappresenta anche l'occasione per alcune riflessioni di carattere strettamente psicologico.

E' certo che l'emergenza Fiat comporterà l'adozione di misure di adeguato sostegno e di solidarietà sociale: ai soliti ammortizzatori sociali, tuttavia, occorrerà abbinare **misure di sostegno psicologico alle persone, alle famiglie, ai gruppi, per stimolare l'autoaiuto e sviluppare l'empowerment sociale e professionale, in direzione del cambiamento.** Proprio l'aver considerato sicuro ed inattac-



cabile il posto di lavoro alla Fiat, la crisi inattesa e repentina dell'occupazione, sta comportando in alcuni lavoratori l'incedere di stati di ansia e di comportamenti inusitati, come l'aggressività intrafamiliare o l'abuso di alcool.

Oltre alla predisposizione di servizi di contenimento e trattamento della crisi occorre **prospettare strategie e servizi di diverso e più qualificato spessore, indipendentemente dalla conclusione che avrà questa vicenda.**

In primo luogo l'avvio del **superamento dell'atteggiamento di dipendenza.** I lavoratori, il loro sindacato ed il sistema politico e sociale siciliano a Termini Imerese, come a Gela o a Priolo, dimostrano di essere preda, oggetto e non soggetto delle politiche dei grandi gruppi industriali. La contrattazione non ha superato il taglio culturale della monetizzazione e della contropartita delle prestazioni, mancando di acquisire protagonismo sulle questioni della diversificazione produttiva e dello sviluppo integrato e sostenibile, sia dal punto di vista sociale che ambientale. Le scelte degli insediamenti industriali di grandi dimensioni, delle "cattedrali nel deserto", a fronte di uno scarso sviluppo delle piccole e medie imprese, la mancata o insufficiente valorizzazione delle risorse locali, a partire dall'ambiente e quindi dal turismo, dimostrano la mancanza di una cultura dell'autoimpresa, del rischio, dell'associazionismo produttivo. La sua mancanza è indice di una difficoltà del sistema formativo e politico di intestarsi una funzione orientativa e di programmazione di vasta portata. Il superamento dell'atteggiamento di dipendenza, le strategie e le tecniche di problem solving sociale e professionale, l'iniziativa autonoma, il rischio e l'autoprogettazione, possono trovare nei servizi di psicologia scolastica un valido pun-





va diretta a questi nuovi mercati, che non cammineranno necessariamente sulle quattro ruote, ma lo sviluppo agri-turistico, i sistemi idrici, l'urbanizzazione, la ricerca, la salute, il management. Anche in questo caso gli indirizzi formativi, sia di base che di formazione delle professioni e del management debbono orientarsi verso questi sbocchi innovativi quanto ravvicinati.

Non appare oltremodo credibile, in futuro, un modello di sviluppo e di produzione che ripeta il sistema Fiat.

Lavorare alla catena di montaggio non è uno scherzo. Sono evidenti gli aspetti di gravosità, ripetitività e, quindi, di alienazione, in ragione della segmentazione parcellare delle sequenze di lavoro, con perdita della visione di insieme. L'umanizzazione

del lavoro, ovvero la sua sostenibilità individuale è resa cogente dalle esigenze delle nuove generazioni. La Fiat ha trovato in particolare in ex contadini, braccianti, pescatori e manovali generici, con basso titolo di studio e con relativo livello di aspettativa professionale, lavoratori abituati a sopportare condizioni di lavoro pesanti ed usuranti, il nerbo del suo quadro produttivo di fabbrica. I giovani di oggi hanno caratteristiche diverse e diverso è il loro modo di immaginare e progettare il lavoro. Ciò richiama l'esigenza di programmare nuovi processi di produzione, basati sull'integrazione delle prestazioni e sull'uso di tecnologie avanzate, basate sulla programmazione e la conduzione informatizzata delle procedure.

to di riferimento, per un sistema scolastico e formativo che punti decisamente all'orientamento dei giovani, oltre che all'innovazione, alla valorizzazione delle risorse locali, ai collegamenti con i processi che la new economy sta proponendo su base europea ed in una dimensione più globale. Anche per gli psicologi si pone il problema della ricerca nell'ambito della psicologia del lavoro e delle organizzazioni verso la creazione di servizi per il territorio che contribuiscano ad incrementare il tasso di iniziativa e di competenze imprenditoriali.

Anche **gli aspetti etnopsicologici** acquistano un peso non indifferente. Non mi riferisco all'immigrazione, ma al dato incontrovertibile che i siciliani ci concepiamo ancora come sud dell'Italia e dell'Europa. Manca ancora la **consapevolezza della nostra centralità mediterranea** e ci attardiamo nel concepirci più per il ritardo verso i modelli di sviluppo industriali piuttosto che per le nostre peculiarità mediterranee; entro il 2010 il Mediterraneo diventerà un'area di libero scambio, con l'abolizione dei dazi doganali tra i paesi rivieraschi. Tre quarti dei paesi che si affacciano sul mediterraneo sono in via di sviluppo e si affacceranno sulla scena dell'economia mondiale con le loro peculiari caratteristiche: ora non può sfuggire che la Sicilia occupa una posizione di equidistanza tra questi paesi, autentica piattaforma protesa sul Mediterraneo. Da quella parte arrivano quindi condizioni e opportunità di scambio e di crescita culturale ed economica per la quale occorre proporre innovazioni di sistema di vasta portata: anche la Fiat e l'industria in generale possono immaginare una diversificazione produttiva

La collettività siciliana deve molto a questi lavoratori, perché comunque rappresentano un pezzo di Sicilia produttiva, dedita al lavoro, portatrice di valori positivi di legalità e di sviluppo, che hanno contribuito a divulgare una immagine della nostra regione diversa da quella proposta dalla mafia e dal malaffare.

Pur nell'ottica della diversificazione produttiva, dell'innovazione di prodotto e di processo nel settore dell'automobile, che consenta di competere nel mercato delle quattroruote, obiettivi che occorre perseguire senza esitazioni, la vicenda Fiat ha bisogno di una equa soluzione sociale, che restituisca serenità ai lavoratori ed alla gente del nostro territorio: nell'insicurezza, nella precarietà e nel bisogno è difficile che si determinino condizioni di cambiamento verso un nuovo auspicato processo di sviluppo.

Accreditamento: tra obblighi normativi, garanzie per l'utente e credibilità della professione

ANTONIO SPERANDEO
Vice Presidente Ordine Regionale

Da cosa nasce l'attuale tendenza che vede le istituzioni pubbliche, nel nostro caso il Ministero della Salute e l'Ordine professionale, sia nazionale che regionale, porsi con forza ed impegno l'obiettivo di accreditare i professionisti?

Alla base ci pare di potere individuare l'esigenza di garantire all'utente-consumatore che il professionista che ha scelto, oltre a possedere i titoli abilitanti all'esercizio della professione, conservi nel corso del tempo le competenze certificate, attraverso l'aggiornamento e la formazione specifica.

La pratica dell'accREDITAMENTO, dal gennaio 2002, è entrata a regime in ambito sanitario, intendendosi per esso il settore pubblico e quello privato-convenzionato con la sanità, nel quale operano le professioni che di sanità si occupano, e tra questi i medici e gli psicologi.

L'E.C.M., Educazione Continua in Medicina, è lo strumento prescelto per le procedure di accREDITAMENTO: attraverso questo strumento il professionista "deve" cumulare in un quinquennio 150 punti di credito, 10+20+30+40+50 per gli anni che vanno dal 2002 al 2006.

Le attività riconosciute sono gli eventi formativi che i providers organizzano e che vengono sottoposti alla valutazione di una commissione nazionale ECM che attribuisce a ciascun evento un determinato punteggio, a seconda del rispetto dei criteri e dei punteggi previsti dal regolamento (vedi su www.sanita.it). A loro volta i providers debbono avere già ottenuto l'accREDITAMENTO come struttura formativa in ambito sanitario.

E' ancora da stabilire chi certificherà questi crediti dopo che il provider li avrà attestati al partecipante. Tutto lascia pensare che tale compito verrà attribuito agli Ordini professionali, che detengono i fascicoli individuali e organizzerebbero un apposito repertorio individuale dei crediti.

Tutto questo è abbastanza noto, ma abbiamo voluto riassumerlo in questa sede perché costituisce la base per le precisazioni ulteriori.

Intanto è chiaro che, in atto, sono obbligati al rispetto della procedura ECM tutti coloro i quali forniscono servizi psicologici in ambito sanitario, sia in forma diretta, come i dipendenti, che in forma convenzionata, ivi compresi i colleghi che operano in convenzione con Enti a loro volta convenzionati con la sanità.



Tutti gli altri non rientrano nelle prescrizioni ECM e non sono obbligati a rispettarlo: non esiste norma e non esiste alcun regime sanzionatorio.

C'è anche da sottolineare che un regime obbligatorio di accREDITAMENTO deve porsi il problema dei costi della formazione: il programma ECM è abbondantemente finanziato dallo stato ed i pubblici dipendenti, salvo loro diverse opzioni, partecipano alla formazione senza alcun onere, mentre i liberi professionisti dovranno in ogni caso sostenere interamente questo onere.

E' vero che il Ministro Sirchia, in una nota del mese di marzo, si è spinto oltre, asserendo che, a suo parere, la normativa andrebbe estesa a tutti i professionisti, compresi gli psicologi non convenzionati, considerando quella dello psicologo una professione sanitaria, indipendentemente dagli specifici ambiti operativi. Il Ministro ha anche scritto che, in futuro, l'accREDITAMENTO dovrà rappresentare il vincolo attraverso il quale convalidare periodicamente il valore legale dell'abilitazione all'esercizio della professione.



Il Ministro scrive ma non statuisce alcunchè; perché le sue intenzioni diventino norme cogenti occorrerebbe una legge che modifichi l'attuale impianto laurea-abilitazione (esame di stato)-esercizio della professione (iscrizione all'Albo professionale).

A tale proposito l'orientamento dell'Ordine Nazionale degli Psicologi non è unanime, nonostante sembra prevalere una posizione che considera la prospettiva "sanitaria" di interesse per gli psicologi, per ovvie ragioni legate da un lato ai rapporti interprofessionali all'interno della sanità, dall'altro ai rapporti di mercato.

Il dibattito su professione sanitaria e professione non sanitaria (di sostegno allo sviluppo del benessere individuale, dei gruppi e delle organizzazioni) è aperto e di difficile risoluzione, sia scientifica che professionale, in guisa delle notevoli diversità culturali presenti nell'ambito della psicologia scientifica e non è possibile in questa sede indicare delle soluzioni.

Vale la pena, tuttavia, considerare come il benessere e la salute siano per molti aspetti coincidenti, certamente nelle rappresentazioni istituzionali e sociali, e di ciò si deve tenere conto nel dibattito scientifico e professionale.

Per l'Ordine professionale seguire la logica dell'accreditamento costituisce comunque una opzione di politica della professione, di tutela del titolo professionale e di sviluppo della professione di psicologo. Va da sé che sarebbe sconveniente consentire che la nostra professione si presenti al pubblico ed alle istituzioni con una doppia immagine, quella accreditata ECM, in qualsiasi forma, e quella non accreditata, dal momento che la prima avrebbe comunque una sorta di marchio doc.

L'ECM, anche per i non obbligati, rappresenta quindi un elemento di cambiamento nel panorama del mercato delle professioni e, perché no, nel marketing delle stesse, un principio regolatore al quale riferirsi per attestare la qualità delle prestazioni professionali.

Ovviamente la qualità è altra cosa e abbisogna di ben altro e più complesso discorso, perché attiene

proprio a questioni di ordine scientifico, tecnico, metodologico e deontologico, traggiate al raggiungimento dell'efficacia delle particolari prestazioni psicologiche.

Questa impostazione richiede di soffermarci su due aspetti rilevanti che pone la cultura, prima che la prassi, dell'accreditamento.

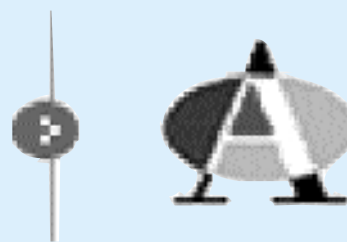
ACCREDITARSI A FARE COSA?

Cosa significa accreditarsi con 150 punti acquisiti attraverso la partecipazione in un quinquennio ai più disparati eventi formativi, senza centrare il focus dello specifico lavoro di cui ci si occupa? Occorre cominciare a porsi il problema di un accreditamento "mirato", di tipo specialistico, relativo all'ambito, alle metodologie ed alle tecniche utilizzate? Cosa vuol dire, ad esempio, racimolare i punti attraverso la partecipazione ad eventi riguardanti la psicoterapia o la psicologia dello sport quando ci si occupa precipuamente di orientamento scolastico-professionale?

Questo vale anche per le altre professioni e l'ECM non risolve questo problema, perché si basa esclusivamente su un principio quantitativo.

Nell'epoca delle lauree triennali e del biennio di specializzazione, pena la scarsa credibilità della nostra professione, occorre invece orientarsi verso specifiche competenze che, a parere di chi scrive, deve costituire il reale oggetto dell'accreditamento, nel senso della valutazione della provata efficacia delle specifiche prestazioni praticate e nelle quali si è esperti.

Se rimane indiscussa la diversità teorico-metodologica degli approcci, occorre tuttavia stabilire criteri condivisi di valutazione dell'efficacia, che attraversino trasversalmente gli approcci e siano comprensibili, annunciati, quantificabili e oggettivamente verificabili. Fuori da questa logica l'accreditamento rischia già da ora di trasformarsi una estenuante, banale, mercificata e costosa incetta di punti.



**Autorizzazione
e Accreditamento**

L'Ordine, rispondendo pienamente alla propria mission, deve svolgere fino in fondo questa funzione di orientamento e di reale politica della qualità professionale, possibilmente con scelte unitarie e vavevoli su tutto il territorio nazionale.

A tale proposito il Consiglio nazionale dell'Ordine sta elaborando delle linee guida che definiscano il quadro delle competenze e dei titoli necessari a svolgere la professione nei diversi ambiti.

Alcuni Ordini regionali hanno adottato misure autonome di accreditamento volontario dei colleghi, stabilendo ad esempio il numero di ore minimo di formazione per riconoscere l'accREDITAMENTO in un determinato ambito (vedi il caso delle Lombardia). Ciò non vuol dire che l'accREDITATO acquisti diritti di prelazione rispetto a chi non lo è, ma questa forma di accREDITAMENTO rimane comunque una misura che consente ai colleghi di segnalare ed acquisire nel proprio fascicolo presso l'Ordine la formazione svolta.

ACCREDITARSI A FARE COME?

Un secondo ordine di questioni riguarda le regole che stanno alla base della pratica professionale, un concetto più esteso e operativo di quanto contemplato nel codice deontologico.

Non si tratta di un richiamo moralistico, avulso dalle reale pratica professionale. Deontologia e qualità sono due facce della stessa medaglia: la credibilità sociale della nostra professione.

Per tale motivo il gruppo di lavoro che si è costituito in seno al Consiglio nazionale dell'Ordine, sta elaborando un accREDITAMENTO, volontario ovviamente, basato sul rispetto delle "buone prassi professionali".

Il documento, in avanzato stato di elaborazione, verrà varato in un seminario nazionale il prossimo 19 dicembre.

I suoi punti qualificanti sono: la formazione continua (comprese la supervisione, le docenze, le relazioni, lo studio personale), la trasparenza (contratto, consenso informato, esplicitazione del modello e degli obiettivi), tenuta della documentazione dell'attività professionale e rispetto della privacy, reale esperienza maturata e mantenimento dei livelli di competenza.

La modalità di verifica è affidata ad audit periodici e volontari cui il professionista decide di sottoporsi, svolti da parte di altri colleghi. Le modalità di svolgimento sono in fase di definizione.

L'accREDITAMENTO non è dunque una questione di fiscalità e di controlli, ma una forma di autopromozione della nostra professione, una opportunità di sviluppo della professionalità degli psicologi in una più generale prospettiva di accREDITAMENTO e di insediamento sociale.

Ordine... in Euro

| | |
|----------------------------------|-------------|
| Quota prima iscrizione | euro 25,00 |
| Quota annuale prima iscrizione | euro 70,00 |
| Tassa concessioni governative | euro 129,11 |
| Quota annuale (anno 2002) | euro 145,00 |
| Tassa pubblicità sanitaria | euro 15,00 |
| Tassa certificato d'urgenza | euro 12,91 |
| Tassa rilascio elenchi | euro 155,00 |
| Marca da bollo | euro 10,33 |
| Tassa trasferimento altro Ordine | euro 25,00 |

CASELLE POSTALI ELETTRONICHE DI SERVIZIO DEL NOSTRO ORDINE

| | |
|--|--|
| sede@ordinepsy.sicilia.it | è l'e-mail ufficiale dell'Ordine. |
| presidente@ordinepsy.sicilia.it | per il Presidente |
| vicepresidente@ordinepsy.sicilia.it | per il Vicepresidente |
| segretario@ordinepsy.sicilia.it | per il Consigliere Segretario |
| tesoriere@ordinepsy.sicilia.it | per il Consigliere Tesoriere |
| postmaster@ordinepsy.sicilia.it | per questioni riguardanti il dominio ...@ordinepsy.sicilia.it |
| webmaster@ordinepsy.sicilia.it | per quel che riguarda il sito web www.ordinepsy.sicilia.it |
| redazione@ordinepsy.sicilia.it | per raggiungere i componenti del Comitato di Redazione |
| lista@ordinepsy.sicilia.it | per inoltrare un proprio contributo alla <i>lista sperimentale</i> |
| listmaster@ordinepsy.sicilia.it | per chiedere di essere aggiunti alla <i>lista sperimentale</i> |

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.

Gli psicologi e il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali

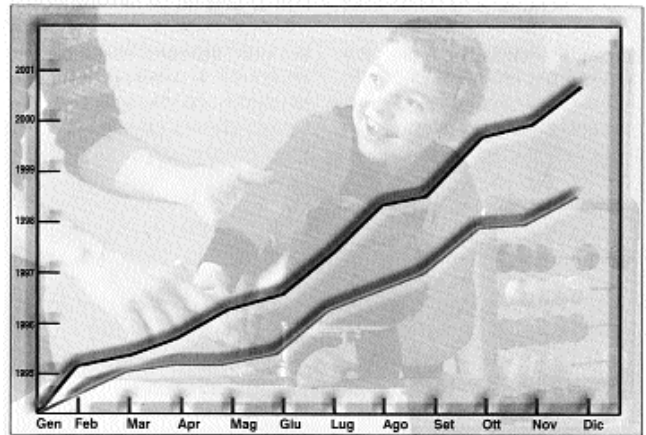
PAOLO BOZZARO
Segretario Regionale AUIPI

Anche la Regione Sicilia si avvia finalmente ad attuare quel sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, delineato dalla **Legge-quadro 328/2000**, attraverso un'adozione 'amministrativa' che giunge a conclusione di una serie di incontri con i vari attori previsti dalla normativa (comuni, associazioni del Terzo Settore, IPAB, ordini, sindacati, organismi del volontariato...) ed esplicitata in un corposo dossier dal titolo: *Verso il Piano Socio-Sanitario della Regione Sicilia. Linee guida di indirizzo ai Comuni per la redazione dei Piani di Zona - Triennio 2001-2003*.

Il testo, molto ambizioso nelle intenzioni, a firme congiunte della Presidenza, dell'Assessorato Enti Locali e dell'Assessorato alla Sanità "vuole essere la base della discussione e la proposta metodologica per avviare un percorso volto a definire le regole, gli indirizzi, i ruoli e le competenze proprie di un sistema integrato di servizi alla persona e alla famiglia che rappresenti per la Regione Siciliana non soltanto l'occasione del recepimento dei decreti attuativi relativi alla legge 328/2000, ma l'affermazione di una strategia operativa volta a definire e consolidare, in tempi e modalità certi, l'indirizzo socio-sanitario come punto di coesione di una rete territoriale per il contrasto all'esclusione e per il sostegno allo sviluppo, che sappia erigersi a livello di Piano Socio-Sanitario della Regione" (p. 5). Un testo di progetto e di programma che dovrebbe portare a maturo compimento la Legge Regionale 22/86 ('buona' legge, se si considera la data), attraverso una nuova politica sociale in grado di sostituire l'assistenzialismo occasionale e precario (collegato quasi sempre alle 'emergenze'), caratterizzato da una esagerata frammentazione dei finanziamenti, che si disperdono in mille rivoli e in mille direzioni, senza la possibilità di creare un sistema stabile, sicuro e integrato di assistenza.

L'impianto di queste *Linee Guida* abbraccia e sintetizza tutte le problematiche introdotte dalla Legge 328/2000:

- abbandono del *Welfare State* e valorizzazione della *Welfare community*;
- ruolo strategico degli Enti Locali (regione, province, comuni) e degli organismi del Terzo Settore in una collaborazione permanente;
- creazione dei *distretti sociali* (coincidenti con i distretti sanitari), introduzione degli accordi di programma e dei *piani di zona*;
- integrazione socio/sanitaria a partire dai livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale;
- centralità della persona e della famiglia come destinatari del sistema di assistenza;



- la qualità sociale come buona prassi da consolidare e trasferire;
- la concertazione come valore aggiunto delle dinamiche di partecipazione;
- valorizzazione dell'apporto del Privato sociale nella realizzazione del sistema integrato dei servizi e delle politiche sociali.

La maggior parte di queste azioni ha una forte valenza politico-organizzativa: dall'esito dei consensi e dalla natura delle scelte deriveranno nelle singole realtà locali l'estensione e la qualità della nuova rete di servizi e di offerte tenendo conto che le risorse sono comunque limitate e che occorrerà individuare gli obiettivi prioritari dopo aver fatto un'analisi attenta dell'esistente.

Il testo indica come obiettivi prioritari: la famiglia e i cicli di vita, sostegni alla maternità e alla paternità, interventi in materia di abitazione, diritti dei minori (infanzia e adolescenza), tutela delle persone anziane, handicap, dipendenze, politiche carcerarie e sicurezza sociale, pari opportunità sociali. A questi aggiunge come progetti innovativi: una interpretazione attuale delle vecchie e nuove povertà, un ampio progetto di integrazione degli stranieri, la necessità di integrare la politica sociale con le politiche della scuola e del lavoro...

E' uno scenario ampio e complicato quello che viene evocato dalle *Linee Guida*, che rischiano di risolversi in un puro 'esercizio di stile', se al testo programmatico non seguiranno azioni coerenti e, soprattutto, individuazione di tempi, di modalità e di responsabilità precise.

E' vero che l'area dei servizi alla persona e alla famiglia presenta una sua particolare complessità da non poter essere affrontata e risolta né sul piano strettamente tecnico né su quello esclusivamente politico o amministrativo (non a caso proprio gli artt. 4, 5 e 6 della 328 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...). Ma è anche vero che se si vuol promuovere anche in Sicilia una vera *solidarietà organizzata*, all'interno della quale le stesse persone, le stesse famiglie possano diventare risorse (anche attraverso forme di auto-aiuto e di reciprocità), occorre chiedersi come coopereranno insieme pubblico e privato, tecnici e amministrativi, volontari e specialisti, istituzioni e associazioni, operatori e cittadini... Passare dal *Gouvernement* (livelli di governo gerarchicamente ordinati) alla *Governance* (metodologia negoziale finalizzata ad un processo condiviso) non è facile specie in una regione come la Sicilia, nella quale le categorie del *diritto* e del *favore* sono spesso così intrecciate e confuse che l'accesso alla cittadinanza attiva o alla titolarità dei diritti sembrano percorsi impossibili e le pratiche di partecipazione e di sussidiarietà piuttosto rare.

LE NUOVE FIGURE PROFESSIONALI SOCIALI

La riforma e la realizzazione di un sistema integrato di interventi e di servizi sociali che garantisca anche ai più deboli la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, che prevenga, elimini o riduca le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, non solo di quelle derivanti da un reddito inadeguato, ma anche da difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, comporta necessariamente l'azione 'concertata' di molti soggetti nella consapevolezza che i piani di lettura e di interpretazione del comportamento individuale (dall'intercettazione della domanda all'offerta di una risposta) sono molteplici e non assimilabili ad un unico vertice interpretativo.



È sufficiente una lettura della 328/2000 per constatare quanto **lavoro psicologico** sia potenzialmente richiesto in vari ambiti e in diversi segmenti della "rete sociale dei servizi". Spetta a noi (nell'interesse anzitutto dei destinatari degli interventi, ma anche a tutela e promozione della nostra professione) evidenziare a tutti i livelli quegli interventi che richiedono una professionalità 'specifica', una qualità tecnica particolare, una metodologia appropriata di intervento.

Pur considerando la 'coralità' dei soggetti e la complessità dell'area sociale, non è accettabile – come già successo in molti progetti della 285/98 – che interventi importanti e delicati su minori o adolescenti o soggetti a rischio vengano programmati, proposti e avviati da 'operatori' dalle qualifiche professionali 'incerte' (reclutati a volte all'insegna del 'volontarismo') a scapito di chi, come gli psicologi, possiede comunque una formazione professionale di base appropriata agli obiettivi proposti.

Sul *personale dei servizi sociali* le *Linee Guida* (cfr. §§ 10.5; 10.6) esprimono una posizione molto critica verso gli attuali operatori sociali, definendoli *generici e demotivati*, e proponendo in alternativa nuove figure professionali, definiti come "agenti di sviluppo locale con piena padronanza delle varie problematiche ma anche di tutta la strumentazione istituzionale mirata allo sviluppo sociale" (p. 93) che dovrebbero venir fuori da "un massiccio lavoro di orientamento e formazione di assistenti sociali, assistenti sociali specialisti, sociologi e altri laureati vocati, sia interni alle istituzioni locali e provinciali, sia presenti nei soggetti del terzo settore, sia giovani laureati da impiegare ex novo" (ibidem).

In materia di *profili professionali sociali* l'art. 12 della 328/2000 prevedeva che, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, fossero definiti con decreto del Ministro per la solidarietà sociale (di concerto con i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e dell'università) i profili professionali delle figure professionali sociali. I tempi non sono stati rispettati. Da alcuni mesi si è insediata una Commissione, presieduta dall'on. Grazia Sestini, con il compito di effettuare una ricognizione delle professioni sociali oggi esistenti.

Parlando al plurale, è evidente che la legge non si riferisce solo agli *assistenti sociali*, i quali per formazione e tradizione sono sicuramente legittimati a ritenersi tali. Il riferimento è più ampio e va a tutte quelle figure professionali che in parte sono da formarsi, alcune attraverso corsi di laurea specifici (attivati dalle Università ai sensi dell'art. 6 del regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica), altre in nuovi corsi di formazione organizzati dalle Regioni.

Restano comunque ferme le disposizioni relative ai profili professionali dell'area socio-sanitaria ad elevata integrazione socio-sanitaria già individuati in base all'art. 3-octies del D.Lgs. 502/1992, introdotto dall'art. 3 del D.Lgs. 229/99.



Quale contributo di professionalità può dare lo psicologo nel quadro rinnovato dei servizi e degli interventi sociali?

Per la sua formazione di base e per l'articolazione professionale che ne deriva, lo *psicologo* può sicuramente rappresentare una risorsa importante anche per quel lavoro di preparazione, di analisi, di individuazione e di rilevazione delle esigenze e per la costruzione di quella 'cultura' e di quel 'metodo' di progettazione degli interventi sociali, che richiede un assiduo lavoro di *mediazione e cooperazione* fra i tanti soggetti istituzionali e non.

Lo psicologo diventa indispensabile per tutta una serie di compiti e di interventi, espressamente previsti dalla Legge 328, che richiedono operatori con competenze professionali ben definite.

Già presenti all'interno di molti progetti, attuati attraverso la legge 285/97 (prevenzione del disagio infantile e giovanile) e nei servizi socio-educativi per l'infanzia, gli psicologi possono offrire un contributo notevole in tutti quegli interventi e progetti finalizzati alla formazione e cura della persona, alla promozione del benessere e al perseguimento della coesione sociale, nel sostenere le famiglie nei momenti critici e di disagio, nella formazione alla genitorialità, ecc.

Promuovere la cultura del benessere e la sua diffusione fra gli utenti e fra gli operatori non significa solo far circolare informazioni o avviare percorsi di educazione nelle scuole. Significa poter 'intervenire' sugli stili di vita delle persone, sui comportamenti individuali e collettivi, promuovendo negli ambienti di vita e di lavoro processi di comunicazione, di sensibilizzazione, di cambiamento attraverso metodologie di intervento dirette alla persona, ai gruppi, alle comunità.

Esaminando trasversalmente il testo della 328/2000, è abbastanza facile individuare quale contributo può dare la psicologia e gli psicologi alla progettazione e realizzazione di un sistema integrato di interventi e di servizi sociali. Ne indichiamo in modo descrittivo le principali azioni, consapevoli che se ciò non è sufficiente a spingere tout court regioni e comuni a rivolgersi agli psicologi, affidare loro delle consulenze, assumerli stabilmente tra il

personale tecnico, chiamarli all'interno di commissioni – come succede in varie regioni d'Italia - può rappresentare l'inizio di una migliore conoscenza reciproca e di una fattiva collaborazione (per la parte che segue devo ringraziare la collega **Rosy Leonardi**, che ha 'setacciato' la 328 con impegno e intelligenza facendo emergere bene gli apporti che la psicologia e gli psicologi potrebbero dare in questo settore).

LO PSICOLOGO ALL'INTERNO DEL DISTRETTO SOCIALE E 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.
- In modo più analitico ecco quali possono essere gli ambiti di competenza e di intervento dello psicologo in relazione alle singole attività previste dalla Legge quadro 328/2000.



Attività inerenti l'elaborazione del "Piano di Zona"

Analisi della domanda dei servizi sociali richiesti dai cittadini del territorio:

- Rilevamento delle priorità e degli obiettivi strategici.
- Individuazione dei bisogni, delle risorse e degli strumenti.
- Individuazione delle metodologie di rilevazione dei dati territoriali.
- Sviluppo di strategie di elaborazione dei dati psicometrici.
- Studi e ricerche inerenti le indagini sull'esclusione sociale (vedi art. 27 - Istituzione della Commissione di indagine sull'esclusione sociale).

Partecipazione comunitaria alla definizione degli obiettivi perseguibili:

- 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-line.
- Elaborazione delle metodologie di gestione delle informazioni in entrata ed uscita.

Concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali del sociale pubblico e privato:

- Creazione di un contesto comunitario che favorisca l'integrazione di linguaggi istituzionali differenti (Sanità e Salute Mentale, Formazione ed istruzione, Assistenza Sociale, Politiche del lavoro...).
- Integrazione dei servizi alle persone e alla comunità forniti dalle diverse agenzie del territorio.
- Attivazione delle politiche locali tese allo sviluppo socio-culturale del territorio.

Attività inerenti la programmazione degli interventi, lo sviluppo delle risorse e l'attivazione dei servizi

Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari nei cicli di vita

- Valorizzazione e sostegno della famiglia come risorsa comunitaria nello svolgimento delle sue funzioni so-

ciali, in particolare nei rapporti di solidarietà e nello scambio generazionale.

- Formazione e sostegno alla genitorialità.
- Conciliazione tra tempi di vita familiare e tempi di lavoro, specie per le donne lavoratrici.

Prevenzione del disagio minorile e interventi a favore di minori in difficoltà

- Interventi di sostegno psicologico per i minori in situazioni di disagio, tramite il sostegno al nucleo familiare di origine o l'inserimento presso famiglie, persone o strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare.
- Promozione e rispetto dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.
- Interventi a favore degli adolescenti (centri di ascolto, percorsi di socializzazione, di sensibilizzazione su tematiche particolari: le dipendenze, i comportamenti a rischio, gli incidenti stradali...).
- Promozione per i minori in stato di abbandono di una cultura dell'accoglienza (a scuola, in famiglia...).

Progetti individuali per le persone disabili

- Sviluppo delle potenzialità delle persone disabili.
- Valorizzazione della famiglia e sostegno delle responsabilità familiari lungo tutto il ciclo di vita della persona con disabilità.
- Valutazione diagnostico-funzionale delle disabilità e del processo di integrazione sociale (dall'ambito familiare a quello alternativo o sostitutivo dei centri soci-riabilitativi, comunità-alloggio...).

Tutela delle persone anziane

- Sostegno e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la permanenza a domicilio delle persone anziane.
- Interventi di sostegno alle persone anziane tenendo conto delle implicazioni psicologiche presenti nel processo di invecchiamento e della rappresentazione sociale dell'anziano.

CONCLUSIONE

Nello scenario prospettato dalla Legge 328/2000 gli psicologi dovrebbero poter trovare uno spazio professionale significativo in quanto il loro percorso di formazione assicura la base teorica e l'acquisizione potenziale delle competenze professionali richieste per parecchi degli interventi previsti. Sicuramente occorre rinnovare e aggiornare parte dei percorsi formativi in psicologia (alcune facoltà lo hanno già fatto con alcune lauree triennali), dando maggiore spazio all'area della psicologia dello sviluppo, della psicologia sociale, di gruppo e di comunità. Sicuramente coloro che si orienteranno verso questo settore dovranno anche acquisire una conoscenza e una capacità di lettura dei fenomeni sociali più profonda e attenta e ciò può rappresentare per la psicologia un'ottima occasione di differenziazione e di arricchimento.

L'eresia di James Hillman e il popolo degli hillmaniani

RICCARDO MONDO

Psicologo - Membro dell'Associaz. Italiana di Psicologia Analitica

Il 13 Ottobre 2001, grazie alla sensibilità del nostro Ordine Professionale Regionale, Catania ha ospitato il prof. James Hillman per la prima volta in Sicilia.

E' già trascorso un anno da quella esperienza ma in contrasto con l'accelerata voracità che caratterizza il nostro collettivo riguardo la produzione e consunzione di eventi, ritengo il tempo trascorso appena sufficiente per la sedimentazione di un'esperienza che è stata di importanza non ordinaria per la nostra Comunità professionale.

Un'eco di commozione accompagna quel ricordo, per me che ho avuto l'onore di contribuire all'organizzazione dell'evento e di presentarlo, introducendo il prof. James Hillman alle numerosissime persone presenti nella sala del Monastero dei Benedettini della facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Catania.

In questo senso il mio intervento avrà, grazie all'amicizia che mi lega al dott. Hillman, il valore di un'affettuosa testimonianza.

Non entrerà quindi in considerazioni critiche sull'impianto generale della teoresi hillmaniana, tale compito richiede ben altri spazi di riflessione e di approfondimento sull'opera del nostro Autore che, per la sua complessità, determina sovente in commentatori superficiali lo scadere in ingenua apologie da una parte, o in altrettanto acritici, difensivi quanto affrettati idiosincratichi ostracismi dall'altra.

Questa tendenza a determinare aspri conflitti e dibattiti accesi è d'altra parte caratteristica dei grandi pensatori, che dotati di pensiero realmente dirimente costellano in alcuni "giovanili sensi di schieramento", che sono contrari allo spirito della ricerca.

Il prof. Hillman ha un fascino indubbiamente carismatico, inoltre l'originalità della sua arte retorica arricchita da un linguaggio che attinge alle inesauribili risorse della Tradizione, il gusto per una ricerca sempre interdisciplinare ed in particolare l'attenzione dell'ultimo ventennio alle problematiche di *auto-referenzialità* del mondo analitico lo hanno posto in maniera originale all'attenzione del più vasto pubblico.

In un suo famoso saggio del 1989 "*Dal narcisismo alla finestra: curare il narcisismo della psicoanalisi*", James Hillman affronta le carenze attuali del mondo psicoanalitico, sintetizzabili in una scarsa attenzio-

"Quelli che approvano un'opinione privata la chiamano opinione; ma quelli che la disapprovano la chiamano eresia".

(HOBBS, *Leviatano*)

ne dell'analista all'importanza che il "mondo esterno" (Anima Mundi) e la "società civile" (come Polis) hanno come eventi simbolici nel determinare l'individuo e il suo adattamento.

Nei fatti Egli, amplificando alcuni elementi della teoria di C. G. Jung, inaugura una *psicologia del profondo dell'estroversione*, dove, e cito l'autore, "*il profondo anziché concepirlo soltanto come interno al soggetto, poteva essere trovato anche nell'oggetto, nelle immagini che il mondo ci offre.*"

In particolare l'autore precisa il ruolo svolto dalla Bellezza, come percezione estetica del mondo, nella sua psicologia del profondo.

Scriva infatti in "*Politica della bellezza*":

Siamo inconsci delle nostre risposte estetiche.

E anche se il compito della terapia resta essenzialmente quello che è stato per tutto il ventesimo secolo, e cioè il tentativo di risvegliare la coscienza, è invece cambiato il focus di questa coscienza risvegliata.

Adesso diventare coscienti significa non soltanto diventare coscienti dei nostri sentimenti e dei nostri ricordi, ma soprattutto risvegliare le nostre risposte personali al bello e al brutto.

Siamo diventati inconsci dell'impatto nel mondo, le nostre anime come murate nei suoi confronti.

Da quel momento la sua ricerca psicologica ha progressivamente *popolato* le strade, le piazze delle nostre città, anche vivificando la dignità dell'impegno politico.

In questo senso è possibile comprendere alcune provocazioni del nostro Hillman quando accusa gli psicoterapeuti di essere totalmente *anestetizzati*, di pretendere di curare, di sostenere o semplicemente indirizzare, senza una preventiva educazione estetica alla vita nelle sue forme.

Ricordo come, nel testo "*L'anima del mondo e il pensiero del cuore*", accusi gli analisti d'essere molto attenti ai propri controtransfert sessuali ma incapaci di accorgersi che la loro poltrona è orrenda e la formaldeide vernicia lo spazio in cui operano.

Questi aspetti della ricerca dell'ultimo Hillman hanno determinato due dirette conseguenze: da una parte lo hanno avvicinato al mondo culturale contemporaneo e al grande pubblico, trasformandolo di fatto in un *Kulturkritiker*; allo stesso tempo lo hanno esposto all'accusa dei settori più *esoterici* della cultura psicoanalitica che lo tacciano di *populismo postmoderno*, traditore nei fatti della matrice psicoanalitica di cui è stato tra i maggiori assertori a livello internazionale.

Allo scrivente il problema pare mal posto e lo esplicherò con le seguenti considerazioni.

James Hillman è una prestigiosa personalità della cultura contemporanea, uno dei rari ed autentici talenti del mondo psicologico che travalica i confini della singola disciplina.

A sottolineare il significato che il pensiero dell'autore riveste per la cultura contemporanea, l'Enciclopedia Treccani del Novecento ha dedicato alla sua Psicologia Archetipica una voce autonoma. E' questo un rarissimo caso tra gli psicologi contemporanei.

Ero ancora un giovane studente di psicologia quando incontrai alcuni suoi testi basilari: *"Il mito dell'analisi"*, *"Re-Visione della psicologia"*.

I miei interessi si orientavano già allora allo studio della psicoanalisi e della psicologia analitica e rimasi affascinato dall'indipendenza intellettuale dell'Autore, che, al di là di ogni facile e irriflessiva appartenenza fideistica di scuola, attaccava gli *ismi* di maniera, primo fra tutti quello del *mito dell'analisi*.

Va d'altra parte precisato che quest'operazione veniva attuata non da un qualunque denigratore del mondo analitico ma da James Hillman, direttore dello Jung Institut di Zurigo e già diretto allievo di Carl Gustav Jung.

Il 13 ottobre 2001 è stato interessante ed estremamente arricchente ritrovarsi ad ascoltarlo, insieme con amici e colleghi di diversi indirizzi teorici.

La tematica era invitante – *Lo psicologo come protagonista e (vittima) dei processi di trasformazione culturale* – e il Prof. Hillman era tra le persone più qualificate per affrontarla.

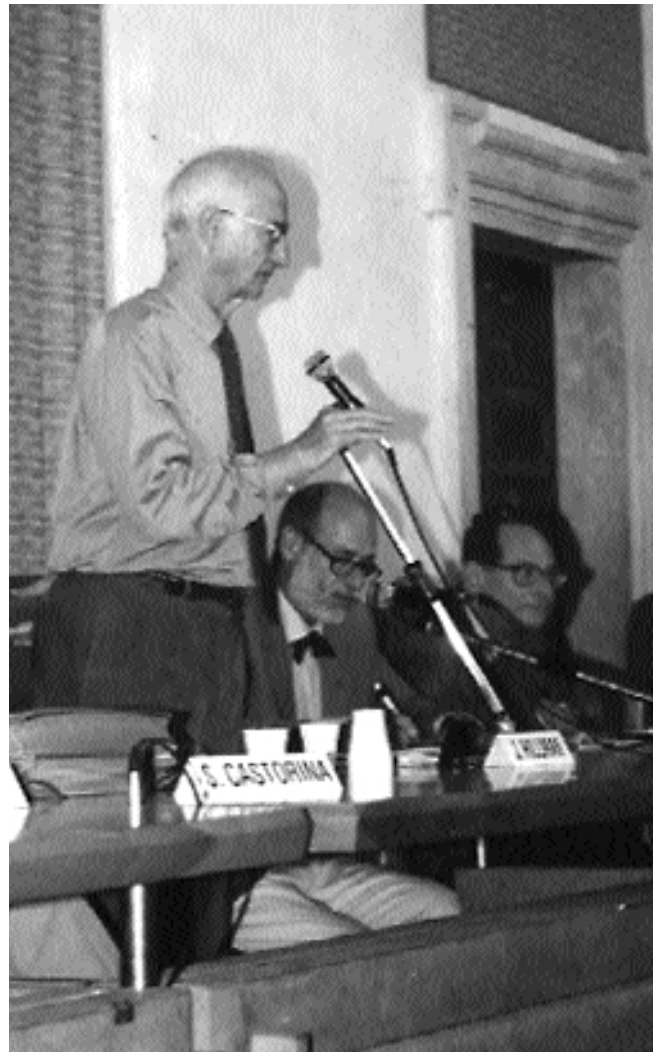
Alle 8,30 del mattino ogni posto era occupato e ben presto la sala era stracolma con parecchia gente che ascoltava pazientemente in piedi.

Perché tanto interesse e partecipazione?

Era forse la sala del convegno affollata solamente da appassionati "hillmaniani"?

No, non credo, come non immagino che esistano gli hillmaniani. Suppongo che solo l'ingenuità intellettuale di alcuni, accoppiata ad una insufficiente lettura della sua opera, possa creare degli *hillmaniani*.

Agli inizi degli anni novanta la mia conoscenza dell'autore era ancora occasionale e, durante un se-



minario, qualcuno tra i partecipanti chiese se esistevano un gruppo, un'associazione o una scuola da lui fondata alla quale aderire.

Il prof. Hillman rispose quasi stizzito che non esisteva niente di tutto questo, che lui era semplicemente uno studioso aderente all'Associazione Internazionale di Psicologia Analitica.

In effetti il nostro Autore non ha fondato né ha mai dato il suo imprimatur alla creazione di un qualsivoglia movimento che non fosse di condivisione intellettuale tra anime libere da legami istituzionali.

Il tempo e la maggiore conoscenza dell'autore mi hanno permesso di comprendere meglio il perché di quel suo atteggiamento di fastidio verso una pur lecita domanda e di articolare una mia ipotesi.

James Hillman è fondamentalmente un grande *eretico* del mondo analitico e come tale segue il destino storico che caratterizza gli eretici.

L'affermazione di eresia non è casuale e richiama la negazione di alcuni dogmi portanti in seno ad un movimento. E' il destino che caratterizzò Jung, per rimanere aderenti al discorso psicoanalitico, ma ri-

guarda fondamentalmente il destino del *pensare liberamente* nei raggruppamenti umani. L'eretico non produce ex novo ma ipertrofizza una parte del discorso originario, che accetta come dotato di verità ma non come inconfutabile (dogma). L'eresia è una convinzione maturata individualmente, come attesta la sua etimologia (hàiresis=scelta); e l'eretico vuole essere un soggetto attivo della propria salvezza. Naturalmente, egli è visto come fumo negli occhi dai guardiani del soglio dell'ortodossia.

Letteralizzare Hillman, inventando degli hillmaniani che lo rendano una Sacra Scrittura alla quale attenersi, è un torto che non crediamo l'autore meriti. Egli aderendo perfettamente al *principium individuationis* teorizzato da Jung, che amava affermare "non esiste altro junghiano oltre me stesso", in una sapiente ricerca tra adesione e distanza, non ha mai limitato la propria libertà intellettuale all'appartenenza all'ortodossia.

Con il suo acume psicologico e con la maestria della sua penna ha osservato ogni metafora della tradizione psicoanalitica, *in trasparenza*, ed ha ridonato alla cultura psicologica immagini che tendevano ad isterilirsi.

Obiettivo del nostro autore non è quindi quello di offrirci punti fermi che confermino teorie consolidate, bensì di erodere quei miti, quelle reificazioni concettuali con le quali molto spesso *definiamo*, operando, persone ed eventi. James Hillman non vuole donarci "certezze" come hanno fatto altri illustri predecessori, ma similmente allo stile incarnato nella Tradizione dalla *mistica apofatica*, egli *ci parla dell'oggetto mostrandoci cosa esso non è*.

Interessante in tal senso potrebbe essere la rilettura che propone in "*Variazioni su Edipo*" della metafora *principe* della psicoanalisi.

Metodologicamente egli intende quindi restituire alla psicologia la possibilità di *guardare in trasparenza* pratica e teoria psicologica, consentendo di intravedere le fantasie anteriori a fatti considerati troppo spesso automaticamente come evidenti e reali.

Vorrei ricordare qui ancora Jung, primo grande eretico del mondo psicoanalitico. Con la pubblicazione, nel 1912, di "*Wandlungen und Symbole der Libido*", egli sancisce il percorso di allontanamento dal Maestro Freud. Nella sua autobiografia egli racconta che due anni prima – a Vienna – si era verificato tra i due il seguente colloquio, rivelatore delle intenzioni di entrambi: "*Mio caro Jung, promettetemi*



di non abbandonare mai la teoria della sessualità [...] dobbiamo farne un dogma, un incrollabile baluardo". "Prima di tutto" – è il commento di Jung – "furono le parole *baluardo* e *dogma* che mi allarmarono, perché un *dogma*, cioè un'incrollabile dichiarazione di fede, viene stabilito solo quando si ha lo scopo di soffocare i dubbi una volta per sempre [...] Fu un colpo che inferse una ferita mortale alla nostra amicizia".

Da quel momento, i due grandi studiosi della psicologia del profondo non si incontreranno più e ignoreranno le loro reciproche scoperte. Questo si è tacitamente perpetuato nel mondo odierno dove, a parte sporadici contatti, le due ortodossie procedono come due rette parallele, come fanno d'altronde la maggior parte delle ortodossie del mondo psicologico contemporaneo.

A questo proposito è interessante osservare come i programmi formativi previsti nelle diverse scuole di psicoterapia orientino l'allievo all'approfondimento di un modello teorico senza destinare sufficiente attenzione agli elementi di "saturazione" che ogni modello presenta.

La "saturazione" del proprio modello non viene approfondita in quanto scambiata come una "debolezza" della propria corporazione e resta celata dietro la fantasia onnipotente di modello "forte" totalmente autosufficiente.

Quanto detto non favorisce la strutturazione di uno spirito di pensiero *libero* e *dubitante*, che dovrebbe essere l'obiettivo formativo essenziale di uno psicoterapeuta, ma predispone semplicemente all'assunzione di dogmi di scuola o, come diremmo in termini più moderni, di assiomi che mal digeriti approfondiscono semplicemente un senso di appartenenza.

Sarebbe forse il caso di dedicare nei programmi formativi uno spazio maggiore agli eretici, ai battito-

ri liberi della psicologia, che “indeboliscono” il proprio modello teorico di riferimento?

Due mesi fa, nel giardino pensile di un albergo di Firenze, alla luce di un tramonto primaverile, conversavo con James Hillman della calorosa accoglienza che i colleghi siciliani gli hanno riservato in quella giornata catanese e, tra gli altri argomenti, abbiamo ripreso il tema della formazione culturale dello psicoterapeuta.

Quest'ultimo tema gli è molto caro ed ho con piacere ascoltato dalla voce di Hillman alcune delle tesi sviluppate nel suo *“Cent'anni di psicoterapia e il mondo va sempre peggio”*.

Molto sinteticamente, in questo dialogo fiorentino egli sosteneva che lo psicoterapeuta ha smarrito la spinta “rivoluzionaria” che fu dei padri fondatori.

La psicoterapia è diventata sempre più un grande business, troppo preoccupata dei risultati da dimostrare a discapito della ricerca di un percorso individuativo per le persone che si rivolgono ad essa. Lo psicoterapeuta si disinteressa eccessivamente di ciò che accade fuori della stanza di terapia, considerandola a torto un'isola separata da tutto il resto. Questo rischia di aggravare il narcisismo dei soggetti che il terapeuta vorrebbe aiutare e alimenta nei fatti lo sviluppo di una coscienza solipsistica che non si riconosce come *appartenente al mondo*.

La psicoterapia rischia così di trasformarsi in

una tecnica da acquisire e da applicare, senza una riflessione accurata sulle determinanti collettive del nostro ruolo professionale. Viene smarrito in tal modo il senso che accompagna il nostro agire professionale.

Queste sue riflessioni non mi hanno totalmente “catturato”, ma hanno certamente “eroso” qualche mia certezza.

A mio avviso, al contrario è possibile, oltre che necessario, mantenere una tensione dialettica tra l'attività contestuale e intersoggettiva che ogni psicoterapia richiede e le più generali esigenze dell'*Anima Mundi* alle quali Hillman ci richiama.

Spero di avere presto altre occasioni come in quella giornata, di ascoltare altri grandi studiosi della nostra disciplina, che ci insegnino comunque a considerare ciascun punto di vista psicologico come una *verità parziale ma non contraddittoria* – come insegnano le scienze della complessità – preparando il terreno alla pratica di un autentico *politeismo psicologico*, per usare un'espressione cara a James Hillman.

Per questi motivi, e contraddicendo quanto sopra sostenuto, auguro a tutti i colleghi di mantenersi nel metodo *sufficientemente hillmaniani*, quindi eretici, “irriverenti”, liberi pensatori, mai completamente dottrinali, che è l'unico modo per mantenere intensa la passione per la nostra complessa attività professionale.

Il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi

Augura

Buon Natale

e

Felice Anno Nuovo

Inutili appaiono spesso le parole quando si mostrano senza suono né particolari risonanze, mentre tante altre volte vogliono creare un contatto tra di noi nella ricerca di una trasmissione di pensieri, d'opinioni o di sentimenti. Allora assumono valore ed importanza. Così Le scrivo, caro Dottor Jung e cercherò di mettere tutto questo insieme, pensando che Lei sia qui ancora in questo mondo (idea quanto mai inverosimile) pronto a rispondermi (ancora più inverosimile), nel tentativo di cercare un modo per accrescere e modificare, se ho in qualche modo frainteso o aggiunto, equivocando, l'idea che mi sono fatta rispetto al cambiamento. Di questo voglio parlarle.

Se ho ben capito la sua opinione nei confronti della trasformazione si connette all'idea di un progetto inconscio di vita psichica che ben si radica all'interno del processo d'individuazione e consente ad ogni individuo di spingersi attraverso le esperienze della sua vita, siano esse concrete o psichiche, sino al raggiungimento ultimo della sua potenza di realizzazione.

Il processo d'individuazione, quindi è un importante sviluppo che la psiche compie nel suo viaggio terreno, che non tutti però riescono e possono percorrere perché è come "camminare sulla lama di un rasoio" (parole Sue), tanto pericolosa è la sua avventurosa attuazione.

Il cambiamento allora fa parte della vita psicologica dell'uomo, cambiare si allinea alla capacità di trasformare un elemento in qualcos'altro; una triste storia, ad esempio, può diventare un insegnamento di vita carico di contenuti profondi e densi di significato personale; l'incontro con un altro individuo può rappresentare una meravigliosa avventura di rinnovamento e poesia, così come una perdita o un grande dolore possono cambiare, in meglio, la nostra vita.

Tutte le esperienze della nostra esistenza riescono ad assumere diversi significati se riusciamo a trovarne un senso, il nostro Senso.

Ma il cambiamento può anche percorrere linee di sviluppo che si muovono a ritroso; possono cioè avvalersi di temi, nessi e significati che non trasformano in arricchimento una storia negativa, né tendono a migliorare la condizione psicologica e conseguentemente esistenziale di un individuo.

Anche in questo caso però, mi sembra di capire che possiamo parlare di cambiamento. Ma è avvenuta una trasformazione? Ovvero quest'ultima ingloba lo stesso si-

gnificato della prima o sul piano psichico si crea una sottile demarcazione?

La psicologia si presta ad essere considerata una disciplina del cambiamento, offrendosi nelle sue derivazioni come un valido strumento per lenire il dolore, curare la psiche, orientare l'individuo, risolvere i suoi problemi, stimolando quindi la possibilità del cambiamento psichico e comportamentale. A me sembra chiaro che, meglio di tante altre, la Sua psicologia analitica riesce a seguire questa finalità, con i suoi teoremi relativi, per l'appunto, al processo d'individuazione, per la forte influenza dell'inconscio collettivo sulla nostra vita personale, per il concetto di sincronicità, la teoria della trasformazione e quindi l'importanza del simbolo e l'azione della sua potenza vivificante sulla nostra esistenza.

L'individuazione diventa così un percorso senza fine del quale non è possibile tracciarne anticipatamente le linee, né vederne i confini e la sua storia è sempre unica ed appartiene singolarmente ad ognuno di noi.

Se cerchiamo la verità, unita al senso dell'esistenza, dobbiamo occuparci di un cambiamento che procede senza

sosta nella nostra vita, ma non è sempre facile accorgersi di quanto avviene dentro di noi.

Ho voluto supporre che il cambiamento, legato ad un processo di positiva trasformazione della propria esistenza, sia una linea del Suo pensiero da seguire con gran religiosità, proprio per non dimenticare che il processo d'individuazione, che racchiude il cambiamento e l'atto trasformativo, "è adattamento esclusivo alla realtà interiore ed è perciò un processo mistico" che, mettendoci in contatto con il nostro inconscio, ci permette di imbatteci in stati interiori ed immagini che non sempre riusciamo a decifrare e quindi anettere al nostro patrimonio psicologico ed esistenziale.

La psiche non è un punto d'arrivo, proprio perché la vita stessa non definisce, sul piano psichico, il completamento della nostra stessa realtà psicologica. E' come un'indefinibile, impercettibile ed inafferrabile condizione del nostro essere, simile ad un sentimento profondo inesperto ed inaccessibile.

La nostra verità è nascosta dietro le nostre stesse sembianze e spesso siamo corpi apparentemente vuoti, quando non riusciamo soprattutto a dare forma al nostro essere nel mondo, alla nostra percezione interna, al nostro sentire.

Anima ci abbandona o forse è più giusto affermare



che qualcosa ci impedisce di raggiungerla. Uso qui il termine Anima più avvicinandomi all'accezione utilizzata da Hillman (conosce Hillman !) che non alla Sua più riduttiva definizione: Anima, Lei dice, è la parte femminile della psiche dell'uomo, contrapposta ad Animus, la parte maschile nella donna. Entrambi sono archetipi e vivono dentro di noi, e fuori di noi si rappresentano in modi di personalità spesso controversi.

A me sembra che Anima sia una parola che evoca immagini appartenute ad un tempo in cui lo spirito, aleggiando sul mondo, produceva bellezza ed infinita varietà di benevolenza e grandezza.

Anima è la parte più sottile e profonda di noi, sottile in quanto inafferrabile, profonda perché irraggiungibile. E' l'insieme del nostro essere e non essere, la nostra potenzialità ed il nostro divenire. E' quindi il Tutto.

Il contatto con Anima ci determina nella vita, spesso ci confonde quando non riusciamo a capire i suoi tentativi d'espansione, o non riusciamo a decifrare i suoi messaggi, che sicuramente tendono alla sua più completa ed armoniosa realizzazione.

Ad Anima è quindi legato il processo d'individuazione ed ogni principio di trasformazione che all'interno di quest'ultimo può e deve compiersi.

Ma possiamo assistere anche a cambiamenti e trasformazioni che deformano una precedente realtà e possiamo diventare peggio di quello che siamo, o siamo stati, perché può attuarsi un processo di cambiamento evolutivo o di trasformazione che segue linee deformanti. Diventa difficile realizzare allora l'espansione del proprio Sé. Aspetti inaccessibili e oscuri della nostra psiche si mettono in contatto con aspetti di Persona, esteriori e poco rappresentativi sul piano della realizzazione individuale. L'involutione s'insinua nella nostra vita, ci offre falsi poteri di realizzazione ed inganni e si consolida su di noi a rendere cieco ed oscuro il nostro divenire.

La nostra armonia si dissolve in un falso nettare che non ci alimenta e, per dirla con Winnicott, un falso Sé prende spazio e si colloca in noi a deformare la nostra vera esistenza e a farci apparire diversi.

Una forma di vita evoluta può regredire improvvisamente, una bellezza sublime può deteriorarsi con il passare del tempo, anche una nostra "buona" caratteristica può avvantaggiarsi d'aspetti negativi o poco veritieri e divenire un "cattivo" modo di porsi e di essere.

Grandi uomini possono subire il potere di fascinazione di un archetipo che può assumere svariate forme. Un mito o un'immagine forte e sovrastante possono farci abbandonare il primo progetto di vita che voleva condurci verso Anima, per vestirsi d'apparenza e falsità, facendo negare la realtà dei propri sentimenti, ingannando ogni desiderio.

Cosa ne pensa ... si può apparire, ad esempio, "grandi" senza più esserlo e servirsi della propria passata gran-

dezza per aumentare il proprio potere di attrazione?

Spesso elementi misti ed apparentemente contraddittori s'inseriscono a mettere piaghe tra le pieghe di Anima ed il male s'insinua e diventa orrore, malattia, deformità psichica, crudeltà e distacco emotivo, assenza di sentimenti, conformismo.

Nelle piccole e grandi cose che ci riguardano, noi individui siamo soggetti a leggi che non sappiamo sempre interpretare e condividere, possiamo sentirci spinti a divenire migliori, o peggiori, rispetto ad un modello di perfezione che non sempre si riesce a connettere con le nostre modalità di vita.

E' il nostro progetto inconscio che tenta di realizzarsi, e allora possiamo appartenere a cose che ci avvicinano al Sé oppure ci allontanano da esso e noi "jungiani", o simili, diciamo che siamo invasi da sentimenti di Anima, che ci troviamo vicino all'Anima ... o, al contrario, ce ne distacciamo, allontanandoci dalla nostra vera essenza e verità.

Ma non riusciremo mai a conoscere, sino in fondo, quante luci ed ombre Anima mostra attraverso ognuno di noi.

Seguire le linee del nostro percorso può portarci, inconsapevolmente, ad assumere forme diverse dall'idea che abbiamo, o ci creiamo, di noi stessi rispetto alla nostra realizzazione nel mondo. Lei diceva che nessuno è padrone in casa propria, proprio perché indirizzati da quelle forze inconse di cui, per l'appunto, non abbiamo conoscenza e quindi padronanza.

Lei ha affermato che lo sviluppo psicologico dei nostri antenati, ad esempio, o dei nostri genitori, può determinare lo svolgersi di una nostra azione, proprio per realizzare ciò che altri non hanno potuto o voluto fare nella loro vita. Siamo sotto l'influenza di cose che non sono state compiute in precedenza.

E così il bene può invaderci o lasciarci ed il male prendere il sopravvento, senza che lo vogliamo, quando non sappiamo né riconoscerlo né accettarne la sua esistenza dentro di noi.

Penso che il bene può essere il sentimento di felicità, connesso a quella libertà di vivere che molto spesso non ci concediamo, mentre il dolore e la sofferenza che ne derivano possono in questo caso diventare il male: il dolore di vedere sconfitta la nostra Anima.

E allora, il bene ed il male sono entrambi oggetti di Anima, o Anima è solo il bene? Chissà! Penso che, se vogliamo, possiamo entrare, come in un gioco, all'interno di un ipotetico percorso di positiva e limpida realizzazione per scoprire, alla fine, che dentro ci stanno le bellezze e le brutture della nostra esistenza.

Questa, forse, è Anima!

Giuseppe Ortoleva

La valutazione della psicoterapia: un seminario internazionale di studio

GIROLAMO LO VERSO

Psicologo

Ordinario di Psicologia clinica, Università di Palermo

Qualche mese fa il Presidente dell'Ordine ha posto con forza e non burocraticamente sulla nostra rivista regionale il problema della specificità e della qualità della 'psicoterapia' uno dei settori più noti, di frontiera e specialistici della professione psicologo. La sua specificità procedurale non toglie che la psicoterapia abbia le sue basi, in primo luogo, nella psicologia clinica e nella psicopatologia e che il 'metodo clinico' si intrecci con tutto il lavoro psicologico professionale. Anche in relazione a questo è nata l'idea di ampliare ed organizzare insieme il seminario internazionale che le cattedre 'cliniche' dell'Università di Palermo e l'S.P.R. stavano progettando in continuità con un lavoro iniziato una decina di anni fa. Ci è sembrato utile presentare, qui, ai colleghi, i problemi che la ricerca sta affrontando ed il lavoro già fatto. Per l'impianto del seminario, rinvio al programma strutturato dal comitato scientifico.

In primo luogo vorrei esplicitare che cosa non è, né a mio avviso deve essere, la valutazione della psicoterapia.

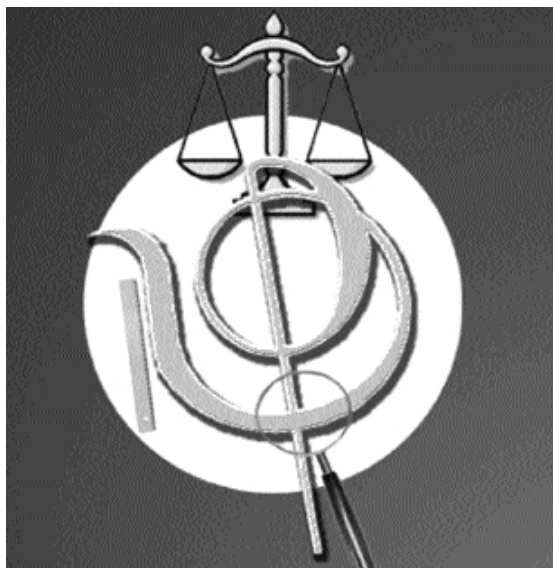
Non è più il tentativo, in passato lungamente portato avanti, di effettuare una valutazione di tipo sperimentale, obiettiva, reificante la realtà stessa della psicoterapia: disciplina che si occupa di emozioni, relazioni, vissuti, simboli, significati, soggettività, storie personali e familiari ecc. Per essa non valgono i Popperiani criteri della scienza sperimentale e cioè generabilità, ripetibilità, falsificabilità. In questo campo è preferibile, dunque, parlare più semplicemente ed ampiamente di ricerca empirica.

Non è qualcosa che possa sostituire la competenza clinica e psicopatologica, la qualità ed il rigore della formazione, l'esperienza, la responsabilità etica ed umana della presa in carico di pazienti con obiettivi di cura psichica (anche se essa ha implicazioni biologiche e sociali) ed utilizzando mezzi psichici.

Non è un tentativo di obiettivazione, con un processo di medicalizzazione, della psicoterapia. I criteri Popperiani suddetti, infatti, hanno valore soprattutto in situazioni di Laboratorio, che consentono un controllo delle variabili. Non sono criteri adeguati allo studio delle scienze del vivente che per loro natura si occupano del bios e cioè di qualcosa che ha a che fare con la memoria, la storia (psichica, biologica, antropologica, familiare ecc.) le autorappresentazioni rispetto ad essa, con il divenire e la processualità (dello psichico e della vita intera) con il comportamento e le motivazioni, con il mondo relazionale esterno ed interno ad ognuno.

Naturalmente se parliamo di possibilità di formazione e di esperienza vuol dire che abbiamo a che fare con un sapere e con metodi trasmissibili, ed entro certi limiti, in primo luogo, etnici, generalizzabili. La psicoterapia è scienza che fa coesistere al suo interno fattori idiografici e nomotetici. In sostanza dal punto di vista clinico-professionale la valutazione della psicoterapia pone, a mio avviso, il problema della scientificità della psicoterapia come uno specifico e peculiare modello di scientificità. Necessità ed inevitabilità della valutazione della psicoterapia.

In psicoterapia una valutazione di tipo clinico, via via più consapevole e affinata, vi è stata sin dall'epoca di Freud. Si è trattato, tuttavia, di una valutazione affidata soprattutto al terapeuta stesso, interna al suo modello teorico-procedurale ed alla sua impostazione personale di lavoro, alla sua personalità e problematiche. Per quanto approfondita, ad es. dai resoconti clinici, dai confronti fra colleghi, dalla supervisione, dal principio che il futuro terapeuta dovesse fare una adeguata cura personale per consentirgli una più consapevole capacità di osservazione di sé nel rapporto con il paziente, dalle possibilità psicodiagnostiche, questo tipo di valutazione si è rivelata necessario ma non sufficiente. Lasciando perdere l'autoinganno che ognuno di noi può farsi in un mestiere così difficile, coinvolgente e pieno di variabili dinamiche e relazionali va detto





che noi, nel nostro stesso interesse, oltretutto per quello dei pazienti, non possiamo accreditare la nostra disciplina solo in questo modo. Ed, infatti, la psicoterapia, nella potenziale utenza, è spesso poco conosciuta, mitizzata o svalorizzata. Essa suscita confusioni, diffidenza, perplessità, speranze poco definite. Ciò in parte attiene alla natura complessa del nostro lavoro ma in misura forse ancora maggiore alla nostra ancora insufficiente capacità di veicolare un messaggio sistematicamente serio, chiaro, convincente, legittimamente e qualitativamente "vincente". (E la logica non definitoria e non realmente valutativa portata avanti nei riconoscimenti e nelle sanatorie di cui parla Giardina, ha contribuito a lasciare il problema aperto). Dobbiamo riuscire a fornire modelli ed indicazioni che non siano autoreferenziali, o ineffabili, ma credibili e condivisibili senza banalizzare la complessità e la particolarità di questo lavoro. Questo, ripeto, senza rinunciare per nulla allo specifico della disciplina utilizzando ad es. soprattutto criteri di valutazione non psicologici quali l'uso meramente burocratico e statistico del D.S.M. IV. Da un punto di vista psicoterapeutico serve solo in parte verificare che la paziente bulimica ha diminuito il numero delle 'vomitate' quotidiane (cosa comunque ottima di per sé, ovviamente) se non sappiamo se è diventata meno spaventata, più capace di amare ed entrare in relazione, non confusa, più libera dal suo invischiamento familiare e dai conflitti interni, non preda di coazioni ossessive del pensiero. Se non sappiamo se ha sviluppato altri problemi psicopatologici. Se è più libera di portare avanti un progetto di sé ed una speranza di vita, se la sua personalità è più integrata ecc.

A tutto ciò si aggiunge il fatto che negli ultimi anni nel lavoro pubblico (e non solo) il problema dei tempi, dei costi, dell'efficacia è diventato, in maniera legittima, anche se da re-impostare da parte nostra, centrale. E', a mio avviso, una sfida che va affrontata ma costruendo criteri e metodi di valuta-

zione che rispondano alla specificità scientifica della psicoterapia che poi diventino 'estensibili' alle istituzioni. Ad es. può essere mostrato che trattamenti brevi possono ottenere certi risultati e che trattamenti lunghi ne possono ottenere altri e quindi può essere meglio valutato anche economicamente, cosa sia meglio fare.

UTILITÀ DELLA VALUTAZIONE DELLA PSICOTERAPIA

In genere quando si parla di valutazione della psicoterapia ci si riferisce in primo luogo alla ricerca empirica sia essa di tipo quantitativo, epidemiologico, descrittivo, osservativo ecc. Di questo si parlerà nel seminario. Ciò non vuol dire, ovviamente, rinunciare ai tradizionali metodi 'qualitativi' di valutazione, alla responsabilità etica del terapeuta, e nemmeno alla costruzione futura di strumenti, non eccessivamente complessi, adoperabili nella pratica quotidiana e nei servizi.

Se questo lavoro restasse solo una questione 'per ricercatori' sarebbe molto limitato. Compito dei ricercatori (ma forse in questo campo potremmo esserlo tutti) è quello dell'invenzione metodologica, della costruzione di strumenti adeguati, di contribuire allo sviluppo ed all'impostazione del problema.

Chi mi conosce sa che da molti anni io faccio contemporaneamente il lavoro di clinico e professionista, di formatore, di ricercatore accademico. E che faccio questo, che considero unitario, con passione. Nonostante i suoi limiti e le sue difficoltà non cambierei questo mestiere. Alla luce di questa mia esperienza mi sento di poter affermare che la ricerca sulla valutazione ha già prodotto importanti risultati diretti ed indiretti. Ha, ad esempio, contribuito ad una maggiore conoscenza e visibilità della psicoterapia per noi stessi; ci ha consentito di porre di più il problema della reale efficacia (dei limiti e delle possibilità) dei vari tipi di trattamento e di affrontare i timori e le chiusure legati alla 'visibilità'; a far conoscere meglio e più realisticamente le diverse procedure di lavoro: (individuali, familiari, di gruppo, comunitarie; brevi o lunghe; nel pubblico, nel privato, nel privato sociale; con obiettivi di aiuto o di trasformazione dei nuclei psicopatologici, ecc.) ad incrementare moltissimo lo scambio e la stima tra colleghi dei vari orientamenti ed a de-ideologizzare le appartenenze identificatorie ai modelli teorici ed alle appartenenze familistiche. Il processo di integrazione e scambio fra i vari orientamenti è del resto ormai continuo e stiamo imparando reciprocamente molto, a guardare meglio ciò che realmente e non teoricamente facciamo, in termini di procedure operative, nel nostro lavoro. E' diventato

più normale potere, in vari modi, 'mostrare' il proprio lavoro a colleghi o approfondire in termini formativi orientamenti e problemi diversi ed integrativi rispetto alla propria 'scuola'. Rispetto a questo anche l'esperienza del lavoro pubblico e dei servizi è stata preziosa.

Tutto ciò sta costruendo la psicoterapia come disciplina potenzialmente per certi aspetti unitaria, almeno a livello giuridico professionale e di responsabilità rispetto ai pazienti, che al suo interno usa modelli di lavoro, metodi operativi, settings differenti. In sostanza la ricerca ha contribuito all'approfondimento epistemologico e metodologico, all'implementazione della qualità del nostro lavoro ed alla maggiore visibilità delle sue differenze interne e della sua complessità, alla sua laicizzazione.

Dobbiamo dirci con franchezza che un 'prodotto' professionale per essere credibile e convincente deve essere chiaro, documentabile, efficace. Certo senza cascare nel pubblicitario o nel business senza etica che a volte viene usato nel campo della cura psichica da parte delle multinazionali farmaceutiche. (Il che è ovviamente diverso da un uso attento e psicologicamente consapevole degli psicofarmaci che sono spesso un alleato per la psicoterapia).

La ricerca sulla psicoterapia è iniziata molti anni fa. L'S.P.R., la società internazionale che comprende ricercatori clinici di ogni tendenza e con cui collaboriamo nell'organizzazione del seminario, ne è stata uno dei principali momenti di aggregazione. Un grandissimo numero di ricerche sugli aspetti più vari e con molti tipi di metodologie è stato fatto. Oggi l'attenzione è sempre più posta sullo studio del 'processo' e cioè di ciò che realmente accade nel lavoro psicoterapeutico e sulla base di questo viene affrontato l'annoso e tradizionale problema dei risultati.

Di questo ci parlerà Lambert che nella sua funzione di attuale editor dell'handibook of psychotherapy research, può offrirci una panoramica assai ampia.

Questo testo, giunto alla quarta edizione, raccoglie e sintetizza il lavoro di ricerca empirica sin qui fatto soprattutto nei paesi anglosassoni che sono la realtà che ha da più tempo iniziato il lavoro di ricerca con il consueto pragmatismo (con i suoi pregi e limiti). Mc Kenzie è invece il principale studioso nel campo dei gruppi brevi ed a tempo limitato: un'esperienza in cui fattori psicodinamici, interpersonali e cognitivi si intrecciano.



Egli ha altresì costruito numerosi strumenti di valutazione particolarmente utilizzati nel lavoro nei servizi pubblici e privato sociali e che sono stati approfonditi anche presso le Aziende Sanitarie Locali romane.

Da qualche decennio anche in Europa (ed all'Università di Palermo vi sono stati confronti con ricercatori quali Khekele, Merghentaler, Ahlin ecc.) ed in Italia gli studi sulla psicoterapia sono sempre più diffusi (nell'ultimo convegno della S.P.R. tenutosi nell'Ottobre 2001 in Sicilia sono state presentate parecchie decine di ricerche originali). Anche in Sicilia vi è ormai

una tradizione decennale di ricerca legata al progetto Val-ter (Valutazione delle psicoterapie) coordinato da Santo Di Nuovo che confronta vari modelli di psicoterapia con molta attenzione ai problemi della metodologia della ricerca. E' stato prodotto, tra l'altro, un volume (DI NUOVO S. - LO VERSO G. - DI BLASI M. - GIANNONE F. (a cura di), *Valutare le psicoterapie*, Angeli, Milano 1998) che riporta anche un'ampia rassegna dello stato dell'arte in Italia. Questa esperienza si è sin dall'inizio intrecciata (e viceversa) con il lavoro effettuato presso il corso di laurea in psicologia di Palermo dal gruppo di ricerca coordinato da chi scrive e da Francesca Giannone. Esso ha lavorato soprattutto sui problemi epistemologici, sulla creazione di strumenti clinico-osservativi (griglie di analisi del setting, parametri dei vari tipi di lavoro con i gruppi ecc.) che sono stati approfonditi anche da colleghi professionisti ed applicati nel loro lavoro.

Il nostro lavoro si è basato soprattutto sulla ricerca empirica su gruppi 'speciali' di durata media o breve con pazienti con disturbi alimentari e con pazienti retinopatici. A livello professionale strumenti di valutazione sono stati costruiti ed adoperati da Raffaele Barone ed Enzo Bellia rispettivamente nel campo delle patologie gravi e dell'arte terapia. Un contributo originale è stato fornito da Maurizio Cuffaro con i suoi studi sull'uso del T.A.T. modificato come strumento di valutazione.

Ci auguriamo che nel seminario e soprattutto dopo di esso, emergano altre esperienze fatte da colleghi professionisti, di altri orientamenti, operanti nel pubblico ecc. e che il seminario sia solo un punto di partenza di un lavoro comune. Ci auguriamo altresì che le tavole rotonde sull'etica e quella delle scuole di psicoterapia riconosciute contribuiscano a connettere la ricerca sulla valutazione con le questioni dell'etica, della formazione, dell'efficacia clinica del nostro lavoro.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
Corso di Laurea in Psicologia
Cattedre di Psicologia Clinica e di Psicologia
Dinamica (c.p.)

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ORDINE
DEGLI PSICOLOGI

ORDINE DEGLI PSICOLOGI REGIONE SICILIA

con la collaborazione della
SPR - Italia
Sezione Italiana
Society for Psychotherapy Research

con il Patrocinio
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA

richiesto il Patrocinio
dell'ASSESSORATO REGIONALE SANITÀ
e della PROVINCIA REGIONALE DI PALERMO

LA VALUTAZIONE DELLA PSICOTERAPIA

Seminario Internazionale di Studi



6 / 7 DICEMBRE 2002
PALAZZO STERI - SALA DELLE CAPRIATE
PIAZZA MARINA - PALERMO

Commissione Europea per le imprese
Bureau de Rapprochement des Entreprises
Corrispondente n. 965

Via Roma n. 170/a 97100 RAGUSA
Tel.: 0932-683079 Fax: 0932-655868

ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA SICILIA

• **INFORMAEUROPA** •

L'Ordine degli Psicologi della Sicilia ed il BRE 965 di Ragusa, hanno sottoscritto una convenzione, in cui si prevede che il BRE 965 fornirà, a tutti gli psicologi iscritti all'Ordine, informazioni per:

- Ricerca partners esteri per attività di sviluppo professionale.
- Informazioni circa la struttura dell'Unione Europea per le sue direzioni.
- Informazioni circa i programmi di finanziamento comunitario.
- Sostegno per la formulazione di progetti.

**L'iniziativa viene condotta
gratuitamente e senza scopo di lucro.**

Gli iscritti all'Ordine, occupati e non, possono trasmettere al BRE i propri dati ed eventuali progetti utilizzando il numero verde di **fax 800-042929**, mediante la compilazione di un modulo da richiedere alla segreteria dell'Ordine. Saranno contattati da esperti, che forniranno tutte le informazioni necessarie.

ORARIO DI RICEVIMENTO IN SEDE

Gli iscritti possono recarsi presso la sede:
- lunedì e venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.00
- martedì e giovedì dalle ore 15.30 alle ore 17.30
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)

E-mail: sede@ordinepsy.sicilia.it

sito internet: www.ordinepsy.sicilia.it

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

Psicodiagnostica: la base scientifica del lavoro psicologico

MAURIZIO CUFFARO

Psicologo - Consigliere Ordine Regionale

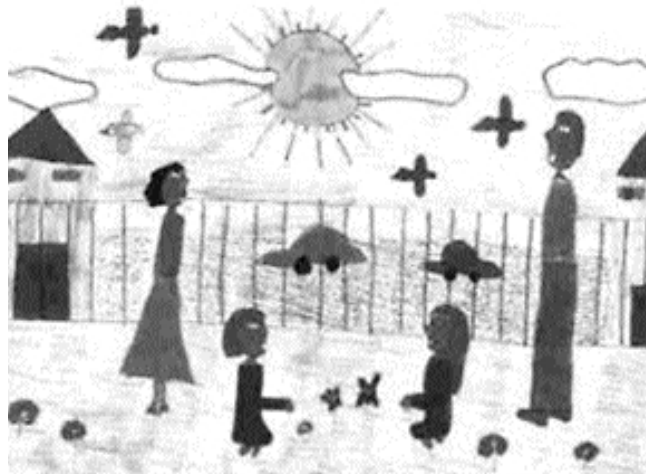
Una è la competenza che a tutti gli psicologi è richiesta quale che sia l'ambito in cui operano: la padronanza delle procedure necessarie a fornire l'indispensabile conoscenza delle caratteristiche che connotano l'organizzazione della personalità del soggetto (individuo, famiglia, gruppo, ente) cui la prestazione è diretta.

Mettere a punto e codificare quelle procedure costituisce, per definizione, il compito della psicodiagnostica, la scienza del *conoscere la psiche attraverso gli strumenti atti allo scopo*. E fin dalle sue origini ha operato per rispondere alle domande che gli psicologi e la società le ponevano, adeguando i propri metodi ed i propri strumenti alle specifiche esigenze dei differenti ambiti applicativi.

Ponendosi umilmente al servizio dei bisogni altrui ha rinunciato ad averne di propri (le uniche esigenze che avanza con forza sono quelle che la legano al rispetto delle procedure scientifiche). Ciò le ha permesso di contribuire considerevolmente alla fondazione dello statuto scientifico della psicologia e di esserne, a buon diritto, parte integrante.

Dalle prime esperienze, connesse all'esigenza bellica di selezionare individui idonei per le forze armate, è venuta via via espandendo la propria funzionalità dapprima nell'ambito della Clinica e successivamente in quello Giuridico, dello Sport, del Lavoro, della Scuola, delle Organizzazioni, non c'è ambito psicologico che ad oggi possa farne a meno.

L'aspetto forse più interessante dell'evoluzione della psicodiagnostica è rappresentato dal progressivo modificare il proprio impianto metodologico sia in funzione delle esigenze che le venivano poste, sia nel rispetto del progresso epistemologico che ha caratterizzato il XX secolo, continuando a fornire un apporto importante al rafforzamento dello statuto scientifico della psicologia. Un esempio varrà a chiarire il concetto. Si va diffondendo, a partire dagli USA, la pratica del rimborso dei costi della psicoterapia soltanto per quelle metodiche capaci di comprovare empiricamente l'efficacia del trattamento. Ciò ha spinto molti terapeuti alla ricerca di metodiche capaci di evidenziare il cambiamento prodotto nei pazienti dal percorso psicoterapico. Si chiedeva alla psicodiagnostica di adattare i propri strumenti a questo scopo. L'ostacolo era rappresentato dalla impossibilità di utilizzare il consueto schema del confronto interpersonale in quanto, co-



me giustamente i terapeuti osservavano, ciò avrebbe occultato molti dei cambiamenti realizzati. Il fine della psicoterapia non è quello di rendere il paziente uguale ai "normali", ma di modificarne l'organizzazione di personalità in modo da superare il malessere preesistente. Si è allora costruito un sistema di assessment pre-post, si è cioè esaminato il paziente all'inizio e alla fine della psicoterapia per confrontare le risultanze. Ciò ha dato risposta alla domanda di evidenziazione del cambiamento, ma ha fatto anche di più. Poiché i pazienti esaminati erano più d'uno per ciascun terapeuta, si sono confrontate non le risultanze dei singoli protocolli, ma le variazioni registrate nei diversi pazienti. Ciò ha portato a tre osservazioni:

Si registrano delle direttrici costanti nel cambiamento indotto dal singolo terapeuta nei suoi pazienti. Tali costanti prescindono del tutto dalle differenze individuali connesse all'età, al sesso, al grado di scolarizzazione, alla durata del trattamento, al tipo di malessere accusato.

Si registrano per ciascun paziente dei cambiamenti specifici, differenti da paziente a paziente, che si combinano con quelli precedentemente citati.

Si registrano delle direttrici costanti di cambiamento indipendenti dal modello psicoterapico utilizzato e dal terapeuta che lo ha realizzato. In altre parole, modelli differenti, purché mirati al cambiamento dell'organizzazione di personalità del paziente, producono effetti simili.

È intuitivo che la consapevolezza, scientificamente fondata, della costanza degli effetti finisce per spingere il terapeuta ad una più attenta osservazione della propria modalità terapeutica e lo costringe ad un maggiore rispetto dei paradigmi di-

versi dal proprio. È però anche vero che da quella consapevolezza nasce la voglia di disporre di assessment sempre più raffinati e sofisticati, la palla così torna alla psicodiagnostica e tutto riparte.

Non molto diverso è quanto accade nell'ambito giuridico. La richiesta di diagnosi *certe e comunicabili* che proviene da psicologi e psichiatri impegnati spesso in difficili perizie spinge la psicodiagnostica per un verso a codificare i metodi, dichiarando esplicitamente i singoli passi del percorso seguito, per l'altro a ricercare livelli di significatività condivisibili dai tutti i colleghi, quale che ne sia il vertice teorico. Il ricercatore è quindi costretto ad elaborare metodiche capaci di eliminare il livello interpretativo dalla fase di raccolta ed elaborazione dei dati e rinviarlo al momento della valutazione. Ciò torna allo psicologo giuridico che per un verso si avvantaggia della disponibilità di elementi di natura strettamente psicologica, ma per l'altro si trova dagli stessi vincolato al rigore scientifico.

Molto simile è quanto accade nella clinica. Un tempo si chiedeva alla diagnostica di individuare la specifica patologia da cui quel paziente risultava affetto. Gradualmente però la domanda si è trasformata e ampliata, giungendo oggi a chiedere alla psicodiagnostica:

Quale sia l'organizzazione di personalità del paziente.

Quale combinazione di elementi ha consentito l'instaurarsi del malessere.

Perché il malessere ha assunto quella forma e non un'altra delle tante possibili.

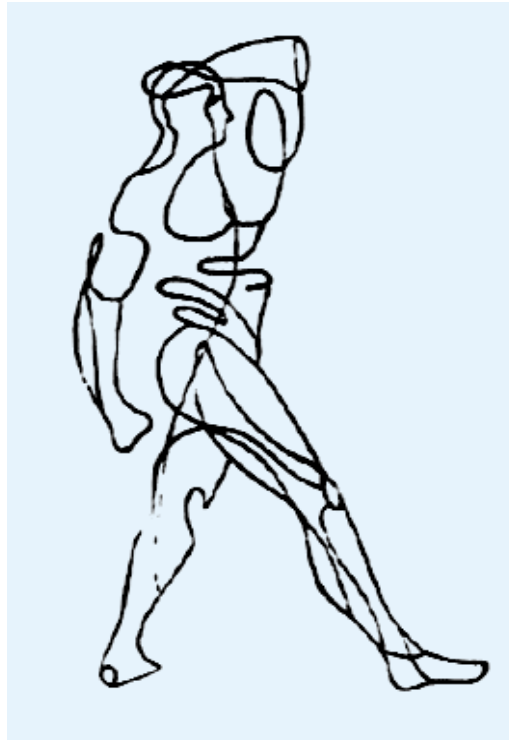
Che tipo d'intervento è (se lo è) indicato per quello specifico paziente.

Quali siano le parti su cui è possibile fare perno per promuovere il cambiamento.

Quali modalità operative debba seguire l'intervento individuato per ottenere i migliori risultati con quel paziente.

Si vede bene quanto più attenta ed approfondita debba essere l'opera della diagnostica e quanto essa retroagisca sul clinico fornendogli una visione del paziente a 360 gradi e spingendolo a tenere conto di tutto quanto è compreso in quel campo visivo.

Ma in fondo quelli fin qui trattati, pur se in costante evoluzione, sono gli ambiti in cui tradizional-



mente la psicodiagnostica è presente e quelli in cui ha maggiore esperienza. Le sfide più avvincenti vengono invece da ambiti nuovi, la Scuola ad esempio, le Organizzazioni, gli Ospedali, lo Sport.

In ambito scolastico la domanda, un tempo limitata alla diagnosi funzionale, per i soggetti svantaggiati o disabili, e delle attitudini, per gli allievi delle classi terminali, si estende oggi a campi quali la valutazione delle abilità implicate dai processi di apprendimento delle diverse discipline, o l'indagine delle modalità relazionali disfunzionali nel rapporto tra docenti e discenti, o ancora l'esame delle caratteristiche che connotano l'identità di uno specifico Consiglio di Classe o dell'intero Istituto. Evidente il grado di similitudine, sotto

quest'aspetto, con le richieste provenienti dalla Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni.

Ancora più complessa risulta forse la domanda proveniente dalla Psicologia Ospedaliera e da quella dello Sport.

La prima chiede strumenti capaci di discriminare caratteristiche di personalità tanto sottili da sembrare evanescenti per rispondere a sua volta alle domande che la medicina le pone, una per tutte: "Quale modalità di somministrazione dell'anestetico risulterà più economica nel decorso postoperatorio di quel paziente?". La seconda non è certo da meno nel momento in cui chiede di conoscere, ad esempio, "Quali modalità operative è preferibile utilizzare per facilitare la concentrazione di uno specifico atleta", oppure "Quale elemento può essere in grado di costituire valida motivazione per quel team o per quella squadra", o ancora "Perché quell'atleta, pur essendo in splendida forma fisica, non rende più quanto l'anno precedente".

L'elenco sarebbe ancora molto lungo, ma l'intento è comunicare il senso del lavoro psicodiagnostico, la complessità delle sfide che deve quotidianamente accettare, la difficoltà di costruire strumenti capaci di fornire risposta scientifica a domande così varie, la multidimensionalità delle competenze psicologiche che il diagnosta deve necessariamente possedere.

Tutto ciò può spaventare o affascinare, ma di certo costituisce il substrato forte della professionalità dello psicologo e la garanzia di scientificità della psicologia stessa.



Il dipartimento delle dipendenze patologiche

SALVATORE SCARDILLI

Psicologo - Ser.T Distretto Catania 2 ASL n. 3

PREMESSA

Affrontare le problematiche relative ai servizi per le tossicodipendenze implica una attenta riflessione sui cambiamenti avvenuti all'interno del fenomeno delle tossicodipendenze e, più in generale, delle dipendenze, nell'accezione attuale più attenta alla complessità dei comportamenti di abuso.

Negli ultimi decenni abbiamo assistito a modificazioni sostanziali rispetto al modo di interpretare il fenomeno delle dipendenze.

Solo recentemente si è rilevato un cambiamento di rotta anche sul piano culturale, a cominciare dalla denominazione da assegnare a quest'area di intervento sanitario: si parla di disturbi da "dipendenza", inglobando anche le sostanze psicotrope legali e i comportamenti compulsivi, come possono esserlo un certo modo di alimentarsi, l'utilizzo smodato di strumenti tecnologici, il gioco d'azzardo, ecc.

Anche il modo con cui questo fenomeno è stato percepito ha avuto delle modificazioni: si è passati da una interpretazione dell'uso sostanze, sottesa da motivazioni prevalentemente ideologiche e politiche, ad una successiva lettura che riteneva l'abuso di sostanze una scelta autoterapeutica, con una conseguente attenzione sanitaria e sociale elevata, permeata da paure e ansie che spesso hanno orientato gli interventi su procedure dettate dalle emergenze, riducendo lo "spazio" per una attenta analisi delle variabili in gioco di ordine medico, psicologico e sociale.

La diversa connotazione assegnata ai comportamenti di abuso non è solo nominale; è il risultato di anni di lavoro sul campo e di una attenta analisi dei fenomeni vecchi e nuovi, individuando qual è il denominatore comune che lega tra loro fenomeni che prima venivano posti su differenti piani di importanza. Basti pensare al fumo di sigarette che comporta, secondo le più recenti statistiche, la morte di circa 90.000 persone all'anno, o 20.000 e più morti per l'abuso di alcol, contro mille decessi per l'abuso di sostanze stupefacenti. Senza voler banalizzare il fenomeno, riducendolo a un freddo confronto di statistiche epidemiologiche, appare evidente quanta scarsa attenzione veniva prestata, in passato, alle forme di dipendenze che possiamo definire "legali".

Il cambiamento culturale avvenuto tra gli operatori ha rivoluzionato il modo di valutare l'utenza e



la propria operatività nei servizi di appartenenza; con implicazioni molteplici e che vanno dal modo di sentire il proprio lavoro alla percezione del valore da assegnare al proprio servizio. Una modificazione scaturita da questo nuovo modo di vedere quest'area di intervento sanitario riguarda l'aver ridimensionato l'allarme, l'ansia, la preoccupazione di fronte agli assuntori di stupefacenti.

Prendere in trattamento soggetti non necessariamente assuntori di stupefacenti connota tutta la struttura sanitaria come meno legata agli stereotipi di un servizio rivolto al sostegno ed alla cura di soggetti asociali, pericolosi, inaffidabili, portatori di gravi malattie correlate all'assunzione di sostanze stupefacenti.

Entrare nei meccanismi sottesi alla dipendenza da nicotina, ad esempio, facilita la comprensione dei meccanismi implicati nei comportamenti di abuso da sostanze stupefacenti, rendendo più facilmente intellegibile il fenomeno.

Questo cambiamento di prospettiva è il risultato di una più attenta analisi epidemiologica che ha permesso di fare emergere i bisogni del territorio, puntando i riflettori su vecchie e nuove emergenze come le droghe sintetiche, che sfuggono alla nosografia classica ed ai modelli di intervento consolidati nel tempo nella lotta alle sostanze stupefacenti.

Negli ultimi anni viene prestata maggiore attenzione alle problematiche sociali e sanitarie correlate all'alcolismo e al tabagismo, dipendenze che incidono pesantemente sullo stato di salute della popolazione, problemi che per decenni sono stati affrontati con scarsi mezzi e senza una solida cultura di riferimento che annoverasse questi comportamenti tra le dipendenze patologiche, attivando scelte tali da su-

perare le difficoltà strutturali e legislative riguardanti i servizi.

Lo scenario prima descritto ha obbligato gli operatori e, successivamente, i legislatori, a un serio ripensamento dell'impianto socio-sanitario coinvolto nelle dipendenze, prestando attenzione a un fenomeno in continuo divenire e alla cultura dei servizi e degli interventi, richiedendo cambiamenti strutturali sostanziali rispetto alle strutture preposte. La scarsa flessibilità dei servizi per le tossicodipendenze, dovuta alla mancanza di risorse e al ridotto ambito di azione, che si limita al territorio del distretto, hanno fatto emergere con forza la necessità di disporre di un'organizzazione sensibile ai continui cambiamenti dei comportamenti e delle sostanze di abuso. Negli ultimi anni a livello nazionale e regionale sono state emanate una serie di atti legislativi che hanno permesso di avviare un processo di rinnovamento, ancora non del tutto compiuto per la mancanza di una piena coerenza tra le varie disposizioni di legge.

Attualmente la normativa di riferimento, che trova immediata applicazione, è il Piano Sanitario Regionale (PSR), e il Decreto Assessoriale del 21 dicembre 2001, inerente le linee-guida del Dipartimento delle Dipendenze. Il Decreto del 14 giugno 2002 del Ministero della Salute che modifica del D. M. 30 novembre 1990, n.444 deve essere ancora recepito dalla nostra Regione e pertanto non influisce direttamente nell'organizzazione dei servizi.

IL DIPARTIMENTO

L'elemento di novità dell'attuale cornice legislativa sanitaria è l'istituzione del Dipartimento all'interno delle ASL; un contenitore di informazioni, idee, risorse, progetti, programmi. E' il luogo del possibile rispetto agli interventi sanitari. Da una gestione unicamente piramidale delle strutture sanitarie, si passa ad un modello gestionale partecipativo, senza nulla togliere alle responsabilità dei dirigenti e dei responsabili delle strutture.

Il D. Lgs. 229/99, all'art. 17-bis, definisce l'assetto organizzativo del Dipartimento e ne indica caratteristiche e funzioni. Il PSR, rispettando i riferimenti normativi generali, stabilisce in modo puntuale quali debbano essere le caratteristiche e le tipologie funzionali.

Il Dipartimento, nell'attuale legislazione, viene individuato come una struttura delle aziende sanitarie per affrontare le problematiche connesse alla salute della popolazione. E' una struttura complessa con articolazioni al suo interno e con una gestione flessibile a seconda delle esigenze sanitarie riguardanti una particolare area di intervento. Chi vi afferisce condivide finalità, facendo convergere

competenze ed esperienze su obiettivi operativi. Agli operatori viene assegnata una maggiore responsabilità favorendo la partecipazione nella definizione degli obiettivi e nella programmazione delle attività. Un ruolo di primo piano spetta ai dirigenti che contrattualmente si trovano a gestire responsabilità in materia clinico-organizzativa attraverso una razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse.

Spesso si tende a sottovalutare l'importanza degli aspetti organizzativi, mentre è una risorsa e uno strumento per intervenire efficacemente. L'organizzazione di per sé muove energie e risorse che, se opportunamente integrate, possono favorire il miglioramento della qualità dei risultati finali.

La dimensione dipartimentale certamente può stimolare la creazione di un sistema aperto, superando la dimensione locale, per abbracciare prospettive di più ampio respiro che tengano conto delle informazioni raccolte all'interno di un territorio più vasto che sappia costruire reti professionali e socio-sanitarie capaci di dare risposte concrete e attente alle continue modificazioni che avvengono nell'ambito delle dipendenze, attuando misurazioni e analisi che attingono informazioni da ampie fasce di popolazione.





DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 definisce i "Principi ispiratori delle attività assistenziali" riguardanti il sistema di assistenza ai tossicodipendenti.

Oltre a definire le coordinate teoriche inerenti le dipendenze, traccia un percorso di riorganizzazione dei servizi, lasciando ampio spazio alla possibilità di adeguare localmente il sistema assistenziale e il processo produttivo, tenendo conto dei bisogni della popolazione di riferimento. Non vengono indicate in modo rigido e dettagliato le funzioni e le attività dei servizi, come invece è avvenuto con il D.M.



n. 444 del 1990.

La Regione Sicilia attraverso il PSR e l'emanazione del Decreto assessoriale 21 dicembre 2001, definisce quale dovrà essere l'assetto del Dipartimento delle dipendenze, la sua organizzazione, le modalità di partecipazione alle attività degli operatori e delle strutture del privato sociale.

In particolare il Dipartimento delle Dipendenze patologiche ha come compito precipuo quello di "ottimizzare le procedure operative" dei servizi, tenendo conto degli obiettivi assegnati. Il Dipartimento operando all'interno di un settore ad elevata integrazione sanitaria deve intervenire con azioni che favoriscono la concertazione e il coordinamento rispetto alle attività da realizzare.

Il Dipartimento delle Dipendenze pur essendo funzionale, con un coinvolgimento "orizzontale" delle unità operative esistenti al suo interno conserva un ruolo rilevante per quanto concerne gli aspetti organizzativi e operativi.

Gli aspetti qualificanti del Dipartimento delle Dipendenze sono i seguenti:

- La definizione di attività di programmazione.
- Il coordinamento degli interventi.
- Favorire l'integrazione con le altre istituzioni

pubbliche e del privato sociale.

PSR definisce quali debbano essere le aree di intervento:

- contrastare efficacemente le dipendenze patologiche;
- rilevare i bisogni assistenziali sulla base dei dati epidemiologici;
- esercitare funzioni di controllo dell'efficacia e della qualità dell'assistenza erogata;
- incentivare l'umanizzazione dei rapporti fra le strutture sanitarie, i pazienti e le loro famiglie;
- individuare le soluzioni per ottimizzare l'accesso degli utenti e delle loro famiglie alla rete dei servizi sanitari pubblici e privati anche attraverso l'apertura di uno "sportello" per gli utenti;
- formulare, in base all'attività di programmazione, il budget in rapporto agli obiettivi prioritari aziendali al fine di soddisfare le reali esigenze del territorio.

Attraverso il Decreto assessoriale 21 dicembre 2001 viene introdotto un concetto centrale all'interno delle organizzazioni "democratiche": la partecipazione. Viene a mancare in tal modo la gestione piramidale che accentra in pochi o, come spesso avveniva in passato, in un singolo soggetto, le scelte operative. Ciò implicherà che le professionalità che operano all'interno del Dipartimento avranno la possibilità di contribuire alla gestione delle scelte di programmazione, influenzando positivamente in un settore sanitario importante per la salute della popolazione. E' chiaro che le prerogative dei responsabili delle strutture resteranno quelle assegnate contrattualmente e dalle disposizioni legislative, indicando obiettivi e modalità di erogazione delle prestazioni; il tutto, comunque, all'interno di una programmazione condivisa.

Lo scenario organizzativo delineato dalla normativa di settore dovrebbe stimolare gli psicologi, che lavorano attualmente nei SERT, a una attenta valutazione di quanto è stato realizzato nei servizi e la comprensione del processo avviato dalla recente normativa, con la finalità di individuare strategie per intraprendere percorsi di cambiamento che coinvolgano le strutture deputate a intervenire nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Per noi psicologi lo scenario che si va delineando è un'occasione irripetibile per incidere efficacemente sui risultati finali dell'azione sanitaria. Si dovrà modificare il punto di osservazione, guardando con gli occhi di chi pone domande sanitarie, affinché gli utenti possano trovare valide risposte ai propri bisogni.

Attraverso il Comitato ristretto e il Comitato allargato gli operatori potranno partecipare a pieno titolo alla programmazione delle attività incidendo efficacemente sui risultati finali dei servizi.

Ci sono delle aree di attività che possiamo defi-

nire trasversali che, se opportunamente sviluppate, daranno un contributo concreto all'operatività delle strutture dipartimentali. Tra l'altro, dal punto di visto organizzativo, potrebbero essere tradotte in articolazioni organizzative dipartimentali con responsabilità dirigenziali.

Alcune aree sono da considerare di primaria importanza per il supporto gestionale che fornirebbero ai servizi e al Dipartimento.

VALUTAZIONE, RICERCA, STUDIO E PROGRAMMAZIONE

Uno dei problemi che i servizi incontrano durante la loro attività è la possibilità di accedere a tutta una serie di dati e informazioni per accrescere le conoscenze e pertanto intervenire in modo efficace.

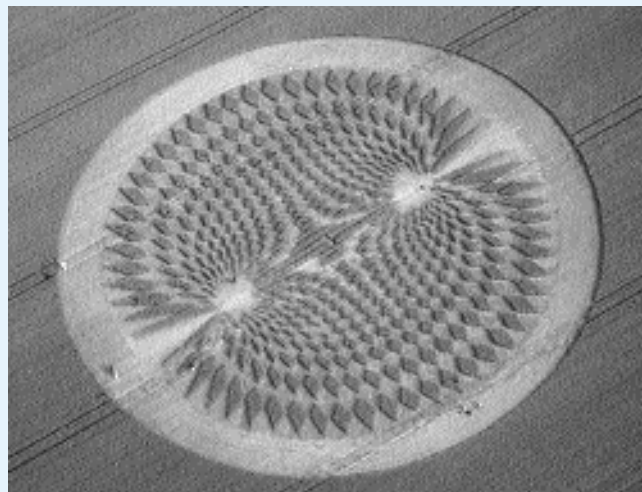
I progetti di ampio respiro necessitano di un'attenzione continua, che non può essere episodica e parcellizzata. Avere un gruppo di lavoro che raccoglie informazioni sia riguardanti l'ambito territoriale di appartenenza, sia quello di altre realtà con cui si interagisce, servirà a mettere in rete conoscenza che potrà essere tradotta in azioni progettuali.

Senza una attenta valutazione dei bisogni che emergono dal territorio è impensabile riuscire a stabilire quale potrà essere l'organizzazione ottimale che riesca a mescolare risorse umane e risorse finanziarie nel miglior modo possibile. I bisogni non possono essere dati per scontati, occorre attivare ricerche e studi circostanziati per individuare qual'è la domanda espressa e inespressa che riguarda l'area delle dipendenze.

La gestione privatistica dell'azienda sanitaria, con capacità finanziarie non infinite, obbliga le strutture sanitarie ad adottare scelte allocative delle risorse che permettano di massimizzare i benefici complessivi rispetto all'assistenza erogata. E' questo un compito preliminare che deve coinvolgere sia le strutture pubbliche, sia quelle private, all'interno di un processo di condivisione delle finalità di salute inteso come bene da salvaguardare a cui tutti devono concorrere.

Anche la definizione di ipotesi organizzative riguarderebbero questo ambito di attività, fornendo indicazioni utili alle articolazioni gestionali del Dipartimento per quanto concerne le possibili connessioni tra le diverse componenti organizzative.

Il Dipartimento e i servizi appartengono ad una costellazione di organismi e tanto più questi sono collegati tra loro formando un sistema, tanto più i risultati saranno positivi. L'attenzione dovrebbe essere rivolta in primo luogo alla cultura di rete, spesso carente per la mancanza di percorsi formativi ed esperenziali; in secondo luogo alla creazione di reticoli interorganizzativi; ed infine alle transazioni fra reti appartenenti allo stesso sistema organizzativo e



a sistemi diversi che insistono sullo stesso terreno di intervento, come le strutture private. Tre sono i fattori che influenzano il potere delle organizzazioni e pertanto anche i risultati che si possono ottenere da un intervento pubblico:

- Il numero di persone che possono attivarsi per fornire il loro sostegno all'organizzazione.
- Il livello di mobilitazione dei gruppi di sostegno.
- La loro collocazione nella società.

Ciò che occorre realizzare è una visibilità dei servizi e dell'attività svolta liberandola dai limitati confini delle strutture sanitarie, fino ad ora strutturati con una rigida definizione di compiti che poco spazio lasciano ai cambiamenti.

Interloquire con attori esterni dà la possibilità di punti di osservazione diversi e liberi da legami istituzionali e gestionali, permettendo valutazioni critiche finalizzate a una maggiore attenzione ai bisogni dell'utenza e al miglioramento continuo delle prestazioni.

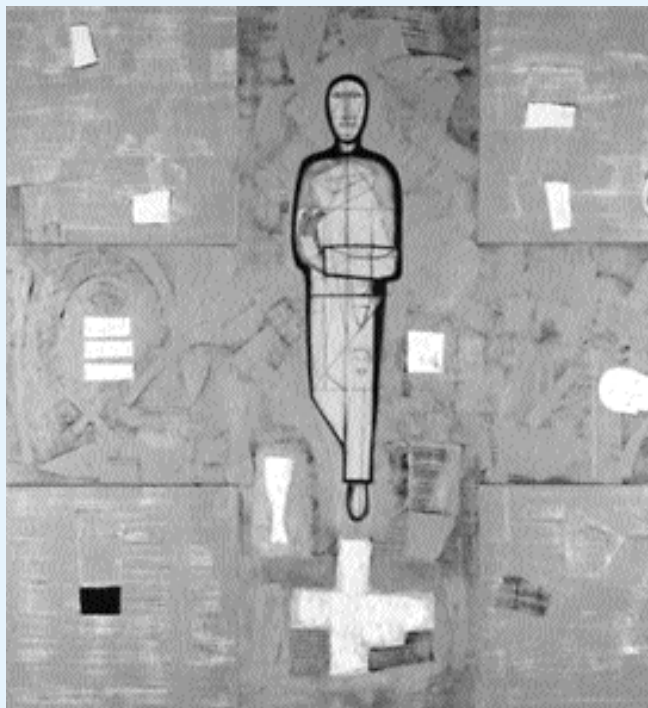
Questa modalità di intendere il Dipartimento permette una collocazione centrale all'interno del contesto territoriale.

La L. 328/2000 riordina i servizi socio-assistenziali e pone le basi per un innovativo sistema di welfare dando, tra l'altro, maggiore attenzione al cittadino (da utente diviene una risorsa) e al sistema di integrazione, collaborazione tra servizi pubblici e privati. In particolare per l'area delle dipendenze si presterà attenzione ai progetti che permetteranno di fare emergere il fenomeno "sommerso".

Essendo la prerogativa del Dipartimento quella di integrare gli interventi sia all'interno dell'azienda sanitaria, sia con le strutture pubbliche e private esterne appare importante sviluppare la capacità progettuale inerente gli aspetti caratteristici di una rete:

- **Il consenso sul campo d'azione**

Tra i membri delle organizzazioni occorre realizzare un accordo che definisca i ruoli e le rispettive



aree di competenza.

- **Il consenso ideologico**

Tra i vari componenti è utile condividere alcuni valori di base, senza perdere le proprie identità.

- **La valutazione positiva**

Tra gli operatori appartenenti a diverse organizzazioni si deve tendere alla formazione di una stima e di un giudizio positivo reciproco affinché si possano creare e consolidare processi di collaborazione.

- **Coordinamento operativo**

Le organizzazioni attraverso uno sforzo condiviso devono tendere alla creazione di modelli di collaborazione che permettano alla rete di essere operativa.

PROMOZIONE DI ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Nell'ambito delle dipendenze occorre agire anche in un'ottica preventiva che guardi lontano, creando le premesse affinché vengano attuati interventi di promozione della salute; analizzando i fattori di rischio riguardanti l'uso di sostanze psicotrope.

In questo ambito gli interventi dovrebbero prestare attenzione all'ambito territoriale, attraverso un'analisi del sistema culturale di riferimento e degli aspetti psicosociali coinvolti.

L'attività dovrà essere partecipata: non programmata dall'alto, che tenda a valorizzare le energie, che riesca a trasformare il disinteresse in attenzione, l'attenzione in partecipazione.

Il tema delle dipendenze diviene in tal senso un terreno d'impegno per il Dipartimento coinvolgendo le componenti presenti nella comunità.

La scuola sarà uno dei contesti, tenuto conto che alcune dipendenze coinvolgono fasce di età non intercettabili all'interno dei contesti educativi.

DEFINIZIONE DI LINEE-GUIDA

Talune procedure inerenti i compiti istituzionali dei SERT spesso sono differenti all'interno delle strutture appartenenti a una stessa ASL, come possono esserlo la diagnostica, la definizione di programmi terapeutici individualizzati, la valutazione degli interventi.

Questo stato di cose non favorisce l'erogazione di trattamenti equi tra gli utenti.

Non è pensabile che all'interno dello stesso Dipartimento aziendale possano esistere procedure diagnostiche diverse provocando spesso sperequazioni nella valutazione dello stato di tossicodipendenza.

Quest'area di criticità si evidenzia maggiormente nei confronti dei detenuti che richiedono un programma terapeutico per utilizzare i benefici di legge. Il range diagnostico, pur ottemperando ai dettami legislativi, appare il più delle volte molto ampio lasciando spazio alla discrezionalità professionale, là dove, invece, sarebbe possibile definire protocolli che ne riducono l'impatto soggettivo.

Anche sul piano dei programmi terapeutici si corre il rischio di incorrere nella definizione di programmi individualizzati che, pur tenendo conto delle caratteristiche del soggetto, risentono delle caratteristiche delle équipe di ogni singolo servizio. Attraverso una attenta analisi si potrebbero definire protocolli terapeutici attenti alle caratteristiche degli utenti e ai loro bisogni.

Non meno importante risulterebbe la possibilità di accedere a interventi terapeutici specialistici (ad es. terapia familiare, ipnosi, agopuntura, ecc.), erogati da operatori all'interno di strutture del Dipartimento appartenenti ad aree omogenee dal punto di vista territoriale.

E' impensabile una specializzazione diffusa, mentre risulterebbe più economico attingere dalle capacità specifiche di singoli operatori o di équipe. Il modello dovrebbe essere quello a rete a cui tutti i servizi possono accedere, permettendo all'utente di utilizzare prodotti sanitari efficaci.

Una simile scelta comporterebbe una diversa organizzazione dei servizi e del Dipartimento delle Dipendenze, senza nulla togliere alla specificità territoriale dei SERT.

Le aree proposte non sono esaustive, in corso d'opera sarà possibile ipotizzare altre strutture intermedie con responsabilità dirigenziali, gruppi di

lavoro, unità operative.

DIPARTIMENTO E RAPPORTI CON IL PRIVATO SOCIALE

Una particolare menzione merita il rapporto con il privato sociale. L'attuale assetto normativo nazionale e regionale inserisce strutture private a pieno titolo nella partecipazione e nella gestione delle attività del Dipartimento.

Nello specifico, il Decreto assessoriale del 21 dicembre 2001, nel definire le modalità di funzionamento del Dipartimento, prevede la presenza del privato sociale nel Comitato allargato con una funzione propositiva e consultiva.

Il testo del Decreto prima menzionato indica quali debbano essere i rapporti con il privato sociale: "Al Dipartimento [delle dipendenze] spetta il compito di assicurare un'effettiva integrazione tra le attività aziendali e quelle degli enti operanti nel settore. L'obiettivo finale è la parità piena tra il settore pubblico e quello privato, da raggiungere gradualmente attraverso un percorso articolato in varie fasi...".

La scelta di politica sanitaria del Decreto menzionato parte dal presupposto che il pubblico e il privato debbano creare un sistema di servizi integrato che riesca ad erogare una vasta gamma di prestazioni a cui accedere.

Le stesse comunità terapeutiche vengono considerate come delle strutture complementari alle attività dei SERT, "...con i quali devono condividere, sia pure in un'ottica di sana concorrenzialità, obiettivi, metodologie di valutazione e criteri per l'accesso degli utenti alle varie tipologie di trattamenti".

La parità auspicata dal legislatore deve comunque sottostare all'accreditamento, i cui criteri saranno definiti con provvedimenti regionali.

Il rapporto tra pubblico e privato sarà alquanto complesso; se da una parte entreranno a pieno titolo all'interno del Dipartimento, dall'altra il legislatore auspica un pieno liberismo, lasciando al "mercato" la presenza o meno delle strutture deputate ad affrontare le dipendenze. I rischi sicuramente sono tanti; ed è facile prevedere che potranno emergere tensioni se non opportunamente governate.

Uno strumento per ridurre i rischi di conflitti potrà essere quello di definire un sistema di valutazione delle prestazioni erogate, dei risultati ottenuti, della capacità di incidere sui fenomeni riguardanti le dipendenze. Disporre di informazioni utilizzabili da tutti e con un ridotto livello di interpretazione individuale, come possono esserlo un sistema di indicatori condiviso, potrebbe favorire l'integrazione tra i vari soggetti istituzionali.

Attualmente mancano dati attendibili rispetto ai risultati ottenuti dai programmi terapeutici seguiti presso strutture residenziali private per tossicodi-

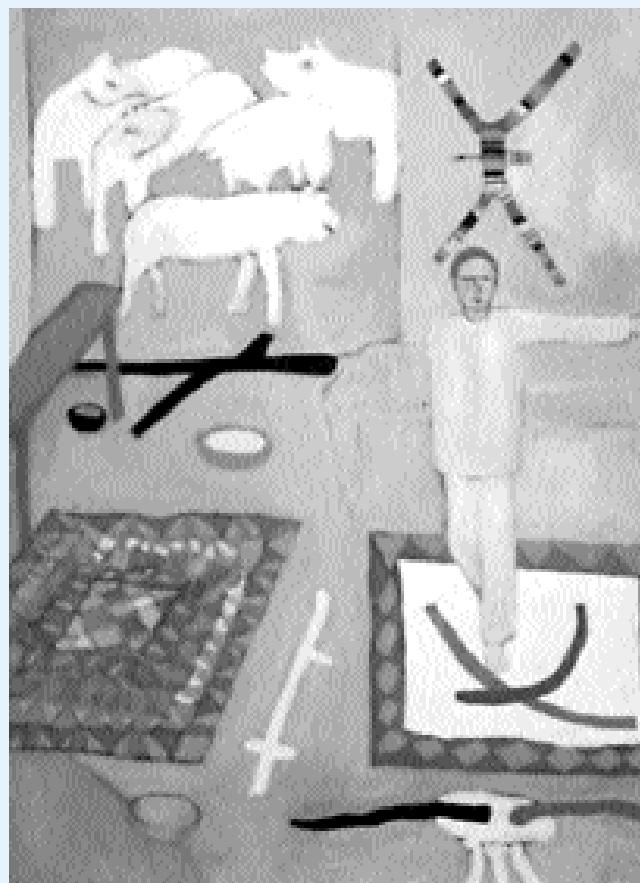
pendenti; i dati sono spesso parcellizzati e non tengono conto di indicatori che permettono di confrontare gli esiti terapeutici correlandoli anche a parametri economici come i costi-benefici, costi-efficacia, costi-utilità, rispetto alla tipologia di intervento.

Oltre a menzionare il privato come interlocutore, il Decreto indica quali dovranno essere le interazioni tra Dipartimento e strutture extra-aziendali, in un'ottica di integrazione: "Al Dipartimento delle dipendenze spetta il compito di promuovere intese con gli altri soggetti pubblici e privati, interessati al fenomeno (in particolare con la scuola, la prefettura, il Ministero della Giustizia, i comuni, le associazioni di famiglie, il volontariato autorizzato,...), al fine di predisporre e sviluppare protocolli operativi da realizzare nel territorio.

La normativa esistente per quanto riguarda quest'ambito è ampia, in modo particolare negli ultimi anni progressivamente si è sempre più dato risalto alle autonomie locali con il passaggio di competenze agli EE.LL., sancendo la necessità di integrare sia le risorse umane, sia quelle finanziarie.

I passaggi legislativi fondamentali sono i seguenti:

- Legge n. 328 "Riordino dei servizi socio-assistenziali.
- I L.E.A. che indicano quali debbono essere le prestazioni erogate dal SSN e quelle a carico de-





gli EE.LL. o da ambedue istituzioni.

Le integrazioni tra pubblico e privato sono un principio di base dei servizi alle persone; in più occasioni questa scelta di politica sociale è stata ribadita nelle diverse sedi istituzionali.

La centralità del pubblico deve essere ridefinita alla luce dei nuovi soggetti che entreranno in campo con competenze tali da garantire un livello di prestazioni ottimale.

L'attuale impianto dei servizi sanitari ruota attorno al rapporto pubblico-privato. Se in passato il modello prevalente è stato quello di un sistema sanitario chiuso, che si apriva all'esterno solo in determinati momenti, adesso la logica è quella di un sistema aperto che si integra pienamente con il privato sociale, mettendo da parte ogni criterio concorrenziale: pubblico e privato hanno luoghi in cui è possibile comunicare, programmare, comunicare.

Il comitato allargato, previsto dal Decreto, permette un reale interscambio di informazioni attraverso la realizzazione, negli ambiti locali, di momenti partecipativi, ma soprattutto favorisce la definizione di strategie di intervento che riescano ad incidere sui fenomeni riguardanti le dipendenze, evitando logiche liberiste che mettono in contrapposizione il pubblico e il privato.

Centrale, comunque, resta ancora il ruolo del pubblico, come volano di cultura sanitaria legata all'equità e all'efficacia dei trattamenti.

La formazione di punti di osservazione esterni al sistema sanitario, se opportunamente utilizzati, all'interno di contesti relazionali permeati dall'ascolto, stimoleranno l'agire degli attori sociali, creando spazi ideativi e progettuali sicuramente più ampi, evitando il rischio della burocratizzazione o impostazioni terapeutiche di parte, dettate più da motivazioni ideologiche piuttosto che sostenute da dati di fatto.



REGOLAMENTO INTERNO

La definizione di un regolamento del Dipartimento servirà a individuare le modalità con cui le varie componenti dovranno rapportarsi, favorendo anche la formazione di una cultura dell'organizzazione. Il processo da attivare dovrà tenere conto dei reali bisogni emergenti dal territorio, evitando scelte estranee ai processi di aziendalizzazione.

Il regolamento è un atto costitutivo delle modalità relazionali tra i diversi componenti del dipartimento. Disporre di un buon regolamento favorirà l'attivazione di una reale partecipazione, favorendo l'integrazione e la condivisione di finalità.

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

La formazione fa parte della "manutenzione" del materiale umano che ruota attorno al Dipartimento. La formazione non può riguardare solo gli operatori interni alla struttura, ma coinvolgere tutti coloro che a vari livelli partecipano all'erogazione di prestazioni o attività. Seguire percorsi formativi comuni può facilitare la creazione di contesti in cui si attivano canali di comunicazione tra operatori e strutture di rilevanza pubblica.

Ciò non dovrà significare appiattimento, le peculiarità professionali devono sempre restare un elemento di base all'interno di un sistema formativo di qualità.

La capacità di raccogliere risorse, attraverso sinergie che coinvolgano il pubblico e il privato darà l'opportunità di accrescere il livello formativo complessivo. Basti pensare che sarà possibile realizzare una seria programmazione tra EE.LL., ASL, privato, associazionismo, mettendo insieme risorse economiche ed evitando la parcellizzazione dei momenti formativi e di aggiornamento che da tempo contraddistinguono il panorama locale della formazione degli operatori.

I SERT

Nel Decreto assessoriale i SERT vengono individuati come strutture con compiti altamente specialistici con aree di intervento che abbracciano l'ambito distrettuale.

Ciò introduce alcuni elementi di novità rispetto alle funzioni da assolvere, che sostanzialmente integrano quanto previsto dall'attuale normativa (Decreto Ministeriale 30 novembre 1990 n. 444, e la Legge 18 febbraio 1999, n. 45).

Resta appannaggio dei SERT l'erogazione di prestazioni di base e specialistiche del Dipartimento. Il

Decreto Lgs n. 229 del 1999, individua i SERT come strutture dei distretti sanitari, pertanto, dal punto di vista finanziario, li annovera tra i servizi inseriti nella contabilità analitica.

Merita una particolare menzione la possibilità di prevedere delle articolazioni organizzative interne ai SERT, anche mobili, con la finalità di essere presenti là dove può essere utile fare emergere la domanda sanitaria sommersa riguardante le dipendenze, per poi effettuare gli interventi del caso.

I SERT in base all'art. 8-quater del Decreto Lgs n. 229/99 potranno sottostare ai criteri dell'accreditamento, ciò favorirà la definizione di strutture che erogheranno, potenzialmente, prestazioni qualitativamente elevate.

Per quanto concerne i rapporti con il privato mancano riferimenti precisi, tutto viene rimandato all'assetto del Dipartimento e alla relazione che questo dovrà avere con il privato.

Attraverso il distretto di appartenenza, il SERT individuerà prestazioni, attività, modalità di relazione con il privato e l'associazionismo. Spetterà al Distretto "la realizzazione degli indirizzi e delle linee guida formulate dal direttore del Dipartimento delle dipendenze".

Se la normativa attuale assegna al Distretto la gestione delle risorse finanziarie, ne scaturisce che l'eventuale coinvolgimento del privato nell'esecuzione dei programmi di intervento dovrà sottostare alle disponibilità economiche e alle ipotesi programmatiche della direzione del distretto.

I servizi per le tossicodipendenze spesso hanno rischiato di essere autoreferenziali, mancando di punti di osservazioni esterni e di un confronto reale con altre strutture, la territorialità, se da un lato ha incrementato le informazioni e le relazioni tra operatori, creando una rete di rapporti, dall'altro non ha permesso la creazione di una cultura dirigenziale che tenga conto di punti di vista alternativi, accrescendo la capacità di risposte appropriate ai bisogni emergenti.

LA RIFORMA DEL DECRETO MINISTERIALE N.444 /90

Il Decreto del Ministero della Salute, che riforma il D.M. n. 444/90, introduce elementi di novità che modificano l'impianto normativo attuale.

Da più parti sono state avanzate critiche, ravvisando la presenza di scelte prevalentemente ideologiche, mancando, pertanto, di una visione di ampio respiro che tenga conto dell'esperienza e degli studi valutativi accreditati rispetto ai risultati conseguiti a seconda delle metodiche e delle scelte terapeutiche poste in essere.

In attesa del recepimento da parte della Regione



Siciliana, questo Decreto necessita di una lettura più attenta per valutarne opportunamente gli aspetti innovativi da quelli che potrebbero avere un impatto negativo sulle strutture deputate a intervenire sulle dipendenze patologiche, evitando così di cadere nell'errore di visioni parziali, dettate da interessi ideologici o corporativi che impediscono di individuare gli aspetti riformatori che favoriscono un cambiamento reale nell'operatività dei servizi.

Da una prima lettura sembra emergere la volontà del legislatore di porre sullo stesso piano pubblico e privato, ciò in parte è vero e riguarda in modo evidente la certificazione dello stato di tossicodipendenza e alcune tipologie di interventi curativi e diagnostici.

Il modello dipartimentale ipotizzato ha la funzione di integrare il pubblico e il privato esistente all'interno di uno specifico ambito territoriale.

L'idea guida è quella di sviluppare un moderno "sistema di prevenzione e di protezione" della salute nell'area delle dipendenze patologiche.

Una delle novità più rilevanti consiste nella possibilità di certificazione dello stato di tossicodipendenza da parte delle strutture del privato, prima ad appannaggio esclusivo dei SERT; la possibilità di effettuare diagnosi per quanto concerne il privato deve però sottostare all'accreditamento e all'autorizzazione istituzionale.

Alle stesse strutture del privato sociale, attraverso le procedure di accreditamento, viene data la possibilità di effettuare interventi di protezione e di promozione della salute nell'area delle dipendenze patologiche.

Ai SERT il Decreto assegna un ruolo centrale nella valutazione e nella definizione del programma terapeutico riabilitativo.

Con chiarezza vengono individuati i compiti spettanti al Servizio pubblico per le tossicodipendenze. Del resto questi servizi conservano la specializzazione nominale del trattamento e della preven-



zione dei soggetti che hanno problemi con le sostanze psicotrope legali e illegali. Spetta anche ai SERT coordinarsi ed avvalersi delle strutture del privato, ma in una logica di integrazione, all'interno di scelte organizzative che vedono le strutture non pubbliche con risorse coinvolte negli interventi terapeutici e preventivi.

Di fatto i SERT conservano un alto livello di specializzazione rispetto alle cure rivolte ai tossicodipendenti, indicando in modo puntuale le funzioni e le prestazioni da erogare.

Al Dipartimento viene assegnata una funzione più generale di coordinamento, di promozione, erogazione di prestazioni che sono trasversali a tutti i servizi esistenti al suo interno, compresi quelli gestiti dal privato sociale.

Per quanto concerne il privato sociale mancano, sostanzialmente, delle chiare indicazioni rispetto ai compiti specifici che potrà realizzare, c'è un rimando implicito alle scelte operative del dipartimento.

CONCLUSIONI

Gli aspetti innovativi del Decreto assessoriale e del Decreto di riforma del D.M. n. 444/90 sono così individuabili:

a) Il sistema attivato da parte delle realtà socio-sanitarie ingloba anche le strutture del privato sociale, prevedendo livelli di standard elevati attraverso l'accreditamento e l'autorizzazione che potrà essere effettuata tenendo conto delle capacità effettive delle strutture.

b) Non si può parlare di pari capacità funzionale del settore pubblico nei confronti del privato; si prevede un'integrazione a livello di scelte organizzative ed operative lasciando poi al livello pubblico la realizzazione concreta delle scelte e le relative responsabilità.

c) Il Decreto attribuisce la valutazione della tossicodipendenza e la conseguente definizione dei programmi terapeutici ai SERT; mentre alle strutture del privato viene assegnata solo la certificazione di tossicodipendenza, elemento iniziale del proces-



so terapeutico; manca, nei confronti del privato un'indicazione precisa rispetto alla definizione di percorsi terapeutici e socio-riabilitativi.

d) I trattamenti farmacologici a primo acchito sembrano ridotti ad attività marginale dei SERT, in realtà il Decreto assegna uno spazio considerevole a quest'area trattamentale, richiedendo, nel caso di interventi protratti, una attenta valutazione multidisciplinare. Una simile scelta obbliga gli operatori a definire standard diagnostici, valutativi elevati, in cui nulla è lasciato al caso, ma è il frutto di un lavoro di équipe costante e attento alle specifiche caratteristiche dei soggetti.

e) La riduzione del danno conserva tutta la sua validità all'interno di una logica

sanitaria che opera tenendo conto di più livelli di intervento senza privilegiarne uno in particolare, con particolare attenzione alla persona.

L'impianto organizzativo del Dipartimento ruota attorno ai concetti di rete, valutazione del soggetto, trattamento terapeutico, riabilitazione, assegnando ampio spazio agli interventi riabilitativi e socio-riabilitativi.

Il Privato sociale entra a pieno titolo nella rete sanitaria e socio-sanitaria che si occupa di dipendenze, creando con le strutture del pubblico un sistema efficiente in cui le risorse umane e finanziarie vengono utilizzate nel modo migliore possibile

Sul piano operativo l'attuale legislazione mette in risalto la necessità di una attenta valutazione della domanda espressa e inespressa da parte dell'utente.

In passato la logica della riduzione del danno ha posto sulla sfera gli interventi multidisciplinari, sia per una presunta centralità medica, sia in altri casi per la mancanza di risorse a disposizione. Ciò ha comportato il rischio di una medicalizzazione degli interventi rendendo marginali, in molti casi, il momento della valutazione e della definizione di un programma terapeutico attento alle reali necessità e potenzialità dell'utente.

Evitando di cadere in letture corporative, che rischiano di essere riduttive, dobbiamo ritenere che l'indagine sui comportamenti di abuso, assume un ruolo primario, aprendo ampi spazi professionali

per la nostra, con una maggiore attenzione alla persona.

I commenti negativi raccolti, attorno alle recenti produzioni legislative, spesso rischiano di rinforzare le posizioni di chi sente minacciato il proprio "potere", tenuto conto della presenza di altri attori che a pieno titolo entreranno a far parte delle scelte strategiche, influenzando, di conseguenza, l'operatività dei Dipartimenti e, di conseguenza, anche dei SERT.

Sul processo di cambiamento avviato sarà indispensabile attivare un confronto tra chi lavora all'interno di questo settore sanitario, per stimolare le Aziende a seguire le indicazioni e le prescrizioni della normativa. Il rischio futuro potrà essere l'attivazione della logica del rimandare, del non attivare quanto previsto o ridurre l'impatto della partecipazione, azzerando l'agibilità di chi sarà chiamato a gestire il Dipartimento.

L'esperienza insegna che non sempre gli atti legislativi trovano piena attuazione. Una cartina al tornasole potrà essere la lettura attenta dell'Atto Aziendale delle ASL; la Regione Siciliana, con il Decreto 14 marzo 2001, stabilisce una serie di criteri con cui redigerlo; in particolare, per quanto concerne i Dipartimenti, i Direttori Generali "dovranno indicare nell'Atto Aziendale i criteri generali sulla base dei quali stilare i regolamenti di funzionamento dei singoli Dipartimenti" individuando, tra l'altro, funzioni assegnate ed obiettivi da raggiungere, organi del Dipartimento (composizione, modalità di nomina e revoca, funzioni e responsabilità), compiti del direttore del dipartimento". L'eventuale mancata indicazione di quanto sopraindicato potrebbe



rendere difficoltoso l'avvio del funzionamento dei Dipartimenti, pertanto appare opportuno segnalare l'eventuale mancata individuazione degli elementi organizzativi previsti dal legislatore alle strutture sindacali per gli eventuali interventi nelle sedi opportune.

Particolare attenzione dovrà essere prestata ad alcune aree organizzative e funzionali previste dal Decreto che istituisce il Dipartimento delle Dipendenze:

- **Comitato ristretto:** la scelta della congrua rappresentanza da parte del responsabile del Dipartimento ridurrebbe la capacità di incidere nelle decisioni e nella programmazione delle attività per il rapporto "fiduciario" che si verrebbe a creare con il soggetto cooptato. Per questi ovvi motivi si dovrà tentare di avere rappresentanti legittimati, con un ruolo elettivo e quindi altamente rappresentativo.

- **Costituzione di articolazioni organizzative:** all'interno del Dipartimento si dovranno costituire gruppi di lavoro con il compito di perseguire obiettivi specifici che scaturiscono dal lavoro di programmazione del comitato allargato e dal comitato ristretto; ciò significherebbe l'assunzione di responsabilità da parte dei dirigenti.

Per quanto concerne il rapporto tra pubblico e privato non c'è sufficiente chiarezza, tale da orientare l'attività degli operatori e dei servizi. In quest'area sarà utile attivare momenti collettivi per delineare possibili modelli di integrazione che siano condivise dalle parti.

Al di là delle valutazioni critiche che il decreto ha avuto, è bene riflettere sulle effettive risorse economiche messe in campo. Le prospettive che si aprono dal punto di vista operativo saranno vanificate se non supportate da un congruo finanziamento che permetterà alle strutture di nascere e funzionare rispetto ai compiti assegnati, altrimenti tutto sarà ridotto un'espressione di intenti.

La valutazione complessiva degli atti legislativi già emanati o che saranno promulgati in futuro dovranno essere giudicati tenendo conto dei benefici effettivi che i cambiamenti organizzativi apporteranno negli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione, evitando, per quanto possibile, di fermarsi a una valutazione complessiva che non tiene conto degli elementi di innovazione introdotti dal Decreto.

Certamente gli elementi di novità avranno bisogno di una attenzione particolare, affinché il processo di riforma possa essere pienamente compiuto, modificando quelle parti che poco hanno a che fare con gli interventi sanitari che riescano a dare risultati concreti, eliminando quanto è frutto di visioni ideologiche che poco aiuto potrebbero dare a chi vive sulla propria pelle i problemi riguardanti i comportamenti di dipendenza.

PSYNSIEME: per promuovere il lavoro in forma associata tra i giovani psicologi

ANTONIO SPERANDEO
Vice Presidente Ordine Regionale

Quando il Consiglio dell'Ordine della nostra regione approvò il programma che chiamiamo "Psynsieme", eravamo giunti al culmine di un ampio dibattito che ha impegnato, ed in parte ancora impegna, l'organo che rappresenta la comunità degli psicologi siciliani sulle politiche di sviluppo della professione, sia in termini culturali che di insediamento sociale, con gli inevitabili risvolti occupazionali.

La questione che più ci impegna riguarda la funzione che l'Ordine professionale può svolgere per sostenere i giovani colleghi di fronte al disorientamento dei primi mesi, e forse anni, di attività professionale. Per questo abbiamo svolto gli incontri decentrati nelle province di Catania, Caltanissetta, Agrigento e Siracusa, e presto ci rivolgeremo ai giovani colleghi delle altre province, e per lo stesso motivo teniamo molto ad assicurare una consulenza costante agli iscritti: tutti sanno che le cariche ed i consiglieri sono raggiungibili per telefono o per via telematica.

Pur rimanendo consapevoli dei compiti istituzionali dell'Ordine abbiamo sempre cercato di stimolare, attraverso numerose iniziative, i due pilastri dello sviluppo della professione: la cultura psicologica e le competenze professionali trasversali.

Tuttavia ci rendevamo conto che occorreva uno strumento che rispondesse ad alcune esigenze fondamentali di indirizzo e di prospettiva professionale, che staranno poi alla base di Psynsieme.

Innanzitutto abbiamo ritenuto di rivolgerci, primariamente, ai colleghi più giovani, quelli più bisognosi di stimoli, di incentivi e di strumenti orientativi nello sviluppo della professione e nella scelta del proprio ambito professionale.

Il Consiglio ha ritenuto di indicare, nella forma associata, una strada alternativa alla presenza individuale sul mercato del lavoro della nostra professione, per accrescerne la forza contrattuale e la credibilità scientifica e tecnica. In particolare abbiamo ritenuto di sottolineare la necessità di mettere insieme specializzazioni diverse (ad esempio in ambito scolastico quelle educativo-formative, orientative e cliniche), così come la multi ed interprofessionalità, per rispondere in modo adeguato e competente alle molte e sempre più complesse domande dell'utenza, con particolare riferimento a quelle che provengono da gruppi, organizzazioni ed istituzioni.

Anche per questa via riteniamo sia possibile sperimentare, nella pratica professionale, l'integrazione dei modelli oltre che delle competenze, ovvero verificare, nella realtà sociale, l'auspicabile adozione operativa di modelli integrati, che rendano la psicologia e le sue applicazioni, maggiormente unitarie e credibili.

Avevamo anche la certezza che la nostra categoria, oltre a presentare aree di precariato, ovvero di notevole difficoltà e flessibilità, sia nei tempi di accesso al lavoro, che negli ambiti e nelle tipologie di impegno professionale, si caratterizzasse per l'innovazione, la sperimentazione e, vorrei dire, la freschezza creativa di molti colleghi, i quali operano, quotidianamente e senza clamori, sul territorio.

I giovani colleghi, ed i professionisti in genere, costituiscono, spesso senza saperlo, i veri protagonisti della ricerca sul campo, i verificatori di teorie, modelli e strumenti della professione psicologica, autentici produttori del cosiddetto "sapere psicologico", e tutto questo, nella gran parte dei casi, rappresenta un grande patrimonio scientifico e professionale scarsamente elaborato e comunicato, così da privare tutta la comunità del beneficio di potersene adeguatamente avvalere. A questi colleghi, giovani e non giovani, il Consiglio vuole offrire la tribuna attraverso la quale divulgare gli aspetti tecnico-scientifici del proprio lavoro, di approfondirli attraverso





iniziative di studio, anche coinvolgendo ricercatori e professionisti altrimenti difficilmente raggiungibili.

Con Psynsieme intendiamo contribuire ad incrementare la qualità delle prestazioni psicologiche, maturando l'atteggiamento valutativo, attraverso la predisposizione di procedure e strumenti di verifica dell'efficacia degli interventi, sia interne che esterne, con particolare riferimento a quelle che ne consentono la comprensione e l'apprezzamento da parte del cliente individuale e collettivo.

Vi è stata anche una considerazione di democrazia ordinistica sostanziale, circa il fatto che molti colleghi, lontani dalle organizzazioni scientifiche più accreditate, rimanevano fuori dalla possibilità di ottenere il patrocinio dell'Ordine nella realizzazione delle proprie iniziative scientifiche, ed in particolare il patrocinio oneroso, che contribuisce, con un aiuto economico massimo di 750 euro, alla realizzazione di iniziative culturali di cui l'Ordine riconosce la scientificità, l'interesse ed il vantaggio per la comunità degli psicologi.

Il contributo che Psynsieme assicura a ciascuna delle iniziative che supereranno la selezione ammonta ad un massimo di 2.500 euro, a significare il grande rilievo che il Consiglio attribuisce al programma ed alle sue valenze scientifico-professionali e di promozione del lavoro associato dei giovani colleghi.

Per l'anno 2002-2003 lo stanziamento totale per Psynsieme è di 10.000 euro, il che comporta la possibilità di finanziare un minimo di 4 iniziative.

Da tutto questo nasce Psynsieme. A parte troverete il Regolamento ed il Bando per il 2002-2003.

Siamo fiduciosi che i colleghi lo apprezzeranno e utilizzeranno adeguatamente.

E' ovvio che questa prima applicazione avrà per noi il carattere della sperimentazione, per verificarne la sua rispondenza ai bisogni sopra ricordati e la sua reale fruibilità. Aspettiamo anche tutti i suggerimenti e le proposte che i colleghi riterranno opportuno sottoporci.

PROGETTI PRESENTATI NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA PSYNSIEME

"SPORT TENNIS ASSOCIATION PROJECT SCHOOL"

Progetto proposto: Convegno

"Scuola e Sport di alto livello: un binomio possibile e necessario"

"PSYCOMETE"

Progetto proposto: Workshop

"Il gruppo psicodinamico e il lavoro sociale: dal gruppo di formazione al gruppo di lavoro"

Coop. "ARIANNA"

Progetto proposto:

"Psicologia e scuola: cambiamenti culturali e istituzioni in un'ottica Europea"

C.I.R.P.

Centro Informazione e Ricerca Psicologica

Progetto proposto:

Promozione di attività divulgative e di ricerca nell'ambito psicologico, con particolare attenzione ai disturbi d'ansia e attacchi di panico

C.S.P. - Centro Studi di Psicologia

Progetto proposto: Convegno

"Psicologia del Benessere & Psicologia Giuridica"

E. S. "ENPOWERMENT SOCIALE"

Progetto proposto: 5 Workshop - Seminari

Associazione "GRES"

Progetto proposto: Convegno

"La Diversabilità nell'handicap"

Programma per la concessione di incentivi alle iniziative di divulgazione delle attività professionali in forma associata dei giovani psicologi siciliani

Art. 1

Finalità del programma

Il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana, allo scopo di promuovere le iniziative professionali innovative intraprese da associazioni di giovani psicologi iscritti all'Albo professionale regionale, istituisce un Programma di incentivazione denominato "PSYNSIEME", da realizzare secondo gli obiettivi, i criteri e le modalità appresso indicate.

Art. 2

Finalità

Attraverso l'attuazione di PSYNSIEME il Consiglio intende perseguire i seguenti obiettivi:

- a) Stimolare e sviluppare l'iniziativa dei giovani psicologi siciliani verso la creazione di attività professionali in forma associata, anche allo scopo di accrescerne le competenze e la diversificazione professionale, ed incrementarne le potenzialità di presenza qualificata nel mercato del lavoro.
- b) Sviluppare la sperimentazione e l'innovazione nella individuazione di settori e/o di destinatari portatori di problematiche e domande psicologiche emergenti.
- c) Sviluppare la sperimentazione e l'innovazione nelle metodologie di intervento, con particolare riferimento alle metodologie basate su modelli integrati, assetti interprofessionali ed a sistemi di valutazione di efficacia interna ed esterna.

Art. 3

Criteri di ammissione

Le iniziative professionali devono necessariamente svilupparsi in forma associata, prescindendo dalla specifica modalità societaria.

Le associazioni, alla data di presentazione dell'istanza, devono risultare costituite a maggioranza da psicologi.

Le associazioni devono avere sede legale e operativa sul territorio della Regione Siciliana, essere costituite a maggioranza, alla data di presentazione dell'istanza, da giovani professionisti, intendendosi per essi tutti gli psicologi che abbiano una anzianità di iscrizione all'albo non superiore ai 5 anni.

Vanno escluse le sezioni territoriali di associazioni ed organizzazioni di dimensione nazionale.

Art. 4

Contenuti e modalità di concessione

L'incentivo viene erogato nella forma del premio, attraverso modalità concorsuali appresso specificate.

Il premio viene corrisposto, con il vincolo di destinazione ed effettiva realizzazione, come partecipazione alle spese necessarie alla divulgazione dell'iniziativa professionale, attraverso convegni, congressi, seminari, workshop.

L'iniziativa deve svolgersi nel territorio della Regione Siciliana; deve prevedere il patrocinio dell'Ordine Regio-

nale, anche attraverso una adeguata partecipazione dei componenti del Consiglio ed il logo dello stesso deve essere apposto nei materiali illustrativi dell'iniziativa.

E' esclusa la destinazione del premio al finanziamento di attività diverse o all'acquisto di beni strumentali.

Quota parte del premio può essere sostituito dalla fornitura di servizi utili all'organizzazione dell'iniziativa, sia in termini materiali, che professionali e scientifici.

Il premio viene corrisposto attraverso una procedura concorsuale, previa emanazione di un bando da parte del Consiglio dell'Ordine entro il mese di febbraio di ciascun anno.

Il bando dovrà contenere le modalità di erogazione del premio, ivi comprese le misure di garanzia dell'effettiva rispondenza dell'iniziativa svolta all'entità del contributo erogato. Lo stesso dovrà prevedere un termine di presentazione delle istanze di 60 giorni dalla pubblicazione. Le iniziative dovranno svolgersi entro il mese di marzo dell'anno successivo.

Per l'anno 2002 potranno partecipare alla selezione le proposte che perverranno entro il 31 Luglio 2002. Il relativo bando verrà pubblicato entro il mese di maggio 2002.

Le iniziative relative dovranno svolgersi entro il mese di marzo del 2003.

Le proposte vanno presentate in triplice copia al Consiglio Regionale dell'Ordine, a firma del legale rappresentante, corredate da una copia dello statuto, da un elenco dei soci con l'indicazione delle specifiche qualifiche professionali possedute e da un preventivo delle spese da destinare all'iniziativa.

Le stesse devono contenere il titolo dell'iniziativa, i temi che si intendono affrontare, i relatori, il programma, l'epoca ed il calendario di svolgimento.

Le proposte verranno sottoposte all'esame di una Commissione appositamente nominata dal Consiglio Regionale dell'Ordine, per ciascuna annualità, che determina, a suo insindacabile giudizio, la graduatoria di merito, utilizzando i dei criteri stabiliti dal regolamento e dal bando, e propone al Consiglio Regionale dell'Ordine l'ammontare del contributo per ciascuna delle iniziative approvate.

La Commissione viene costituita dal Presidente del Consiglio Regionale dell'Ordine e da due professionisti scelti dal Consiglio, in possesso di una anzianità professionale di almeno 10 anni.

Art. 5

Entità del premio

Per ciascuna iniziativa può essere concesso un contributo massimo di 2.500 euro.

Per l'anno 2002 viene fissato un massimale di spesa complessivo di 10.000 euro.

Il Consiglio dell'Ordine stabilirà per ciascuno degli anni successivi al 2002 il massimale di spesa da destinare al programma.

Giovani psicologi

Aprile 2002: nasce AIGP*si*

MARIA TOGA

Psicologo

Si tratta della prima Associazione Italiana Giovani Psicologi e nasce a Napoli.

Nasce dalla riflessione di un gruppo di psicologi che, nello svolgere la propria attività professionale, ne hanno constatato le difficoltà organizzative e di coordinamento.

Nasce dall'esigenza di un raccordo con le istituzioni e con le diverse realtà lavorative.

L'associazione si propone, quindi, di diffondere la cultura psicologica e di attivarsi allo scopo di trovare soluzioni congrue e specifiche ai problemi dei giovani psicologi; tutto ciò, promuovendo seminari ed incontri divulgativi per dare risalto alle potenzialità di questa "giovane professione" - e di noi, più o meno giovani professionisti - e riaffermare l'etica e la deontologia.

Più nello specifico come cita lo Statuto dell'Associazione art. 2, l'AIGP*si* si propone di:

"Tutelare i diritti della professione di psicologo, garantire ai praticanti ed ai giovani psicologi una idonea formazione professionale, agevolarne l'accesso all'esercizio professionale. Diffondere i valori della professione di psicologo, riaffermandone l'alto valore etico e la specificità nei processi d'integrazione con le realtà sociali ed economiche.

Promuovere lo sviluppo delle competenze professionali in ambito nazionale ed internazionale. Per raggiungere tali scopi, l'AIGP*si* organizza attività scientifiche e culturali, promuove e mantiene rapporti con le rappresentanze del mondo accademico e professionale, sociale e culturale, studia, propone e mantiene soluzioni, anche normative, corrispondenti all'evoluzione della professione di psicologo; promuove e sostiene la presenza dei giovani psicologi nelle istituzioni e negli organismi professionali."

L'AIGP*si*, come si diceva, si costituisce a Napoli ma è nazionale: si propone, infatti, l'attivazione di sezioni regionali, proprio al fine di creare un lavoro di rete che favorisca la comunicazione e l'interscambio professionale. Ogni sezione deve essere composta almeno 10 iscritti; le sezioni sono un organo territoriale ed hanno propria autonomia per tutto quello che riguarda le iniziative dirette al perseguimento degli scopi statutari; ciò nel rispetto, natural-

mente, dello Statuto e dell'indirizzo politico programmatico determinato dal Congresso, cioè l'organo nazionale che, attraverso il più ampio confronto, stabilisce anche gli obiettivi da perseguire, i percorsi e gli strumenti con i quali raggiungerli. L'associazione è apartitica e non ha scopo di lucro.

Possono iscriversi all'Associazione tutti gli psicologi ed i laureati tirocinanti che non abbiano superato il 45° anno di età. Gli aspiranti soci devono inoltrare domanda di iscrizione all'AIGP*si* che provvederà ad organizzare, a cadenza quindicinale, incontri in cui l'iscrizione verrà perfezionata.

La sede dell'AIGP*si* è a Napoli
in via Melisurgo n. 15
Per informazioni ed iscrizioni rivolgersi
all'ufficio di Presidenza:

Presidente

Dott.ssa CASELLA - tel. 3475159643

Vice Presidente

Dott.ssa GENTILE - tel. 3384858011

Vice Presidente

Dott.ssa MASSA - tel. 3492340813

Tesoriere

Dott.ssa TOGA - tel. 3334281991

Segretario

Dott.ssa SEPE - tel. 3285663677

Od inviare e-mail a: aigpsi@libero.it

È possibile consultare o scaricare
(formato .pdf) lo Statuto dell'AIGP*si*
tramite il sito del nostro Ordine
Regionale al seguente indirizzo:
www.oprs.it/aigpsistatuto.pdf

Deontologia professionale e verità nella consulenza psicologica di parte

ARTURO XIBILIA

Psicologo

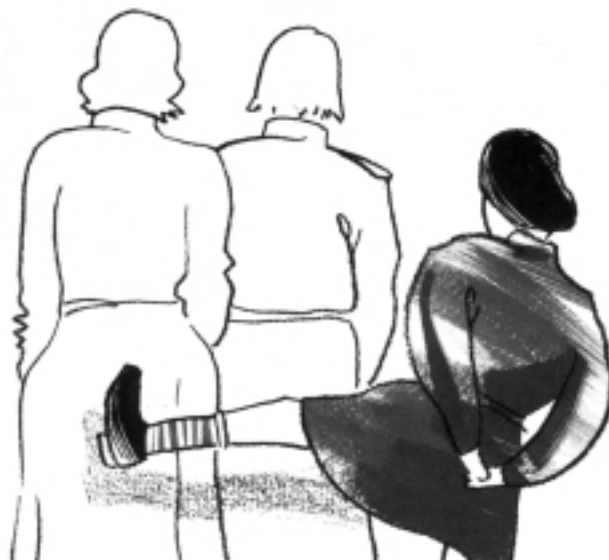
Viene spesso osservato, fondatamente, che il Codice deontologico degli psicologi italiani, pur non mancando di riferimenti espliciti ad attività di ricerca, didattica, formazione, selezione ed altro, sia stato scritto avendo in mente prevalentemente il modello clinico-terapeutico. Ne consegue che esistono ambiti di esercizio della psicologia nei quali il rispetto delle norme del Codice risulta talvolta problematico, o, più esattamente, nei quali si rende necessario un lavoro di interpretazione.

È il caso della psicologia forense. Il bisogno di dare risposta ad alcune particolari esigenze della psicologia forense ha prodotto le "Linee-guida deontologiche per lo psicologo forense" approvate dalla Assemblea nazionale della Associazione di psicologia giuridica, a Torino, il 15 ottobre del 1999. Esse non hanno la forza delle norme del Codice e non le sostituiscono, ma costituiscono in generale un utile parametro interpretativo; tuttavia, neanche le Linee-guida aiutano a risolvere alcune specifiche questioni.

Uno degli argomenti più delicati è quello della "veridicità" delle affermazioni nelle consulenze psicologiche di parte.

Il Codice deontologico non fa mai riferimenti espliciti ad un principio di verità, però contiene alcune norme che nel loro insieme delineano come eticamente dovuto dagli psicologi un comportamento del quale non può non fare parte il rispetto della verità: l'art. 2 fa riferimento "al decoro, alla dignità e al corretto esercizio della professione"; l'art. 3 impone allo psicologo di "evitare l'uso non appropriato della propria influenza" e lo richiama alla responsabilità "dei propri atti professionali e delle loro prevedibili dirette conseguenze"; l'art. 7 gli impone di valutare attentamente "il grado di validità e di attendibilità di informazioni, dati e fonti su cui basa le conclusioni raggiunte", di esporre "le ipotesi interpretative alternative" nonché "i limiti dei risultati", e lo vincola a esprimere valutazioni e giudizi professionali "solo se fondati sulla conoscenza professionale diretta, ovvero su una documentazione adeguata e attendibile"; l'art. 8, infine, lo vincola a non utilizzare la professione per avallare "attività ingannevoli o abusive".

La consulenza di parte – qualsiasi consulenza di parte, ingegneristica, contabile, medica, ecc. - è per natura e per destinazione il sostegno tecnico-scientifico



alla azione difensiva o offensiva di un soggetto all'interno di un contenzioso giudiziario. È intuitivo che in quanto tale la consulenza di parte non può contenere affermazioni, o dati, o altro che possano nuocere all'interesse del soggetto in cui favore viene espletata, ma anzi deve tendere a fornire ogni argomento utile alla tutela di quell'interesse. La questione che si pone è questa: il consulente di parte deve affermare sempre e soltanto ciò che lui realmente ritiene essere vero, oppure è affrancato da questo obbligo, essendo prevalente la tutela dell'interesse del suo committente?

Una risposta sufficientemente esplicita si trova nel Codice penale e deriva dal confronto tra l'art. 373 e l'art. 380. Il primo punisce come reato le falsità prodotte dal consulente d'Ufficio¹ nominato dal giudice; il secondo equipara la posizione giuridica del consulente di parte a quella dell'avvocato e punisce come reato l'azione che arreca nocumento alla parte tutelata². Inoltre, deve essere preso in considerazione l'art. 103 del Codice di procedura penale, che limita il diritto dell'Autorità giudiziaria a compiere perquisizioni, sequestri e intercettazioni a danno dei consulenti di parte, così come è per gli avvocati³.

L'insieme di questi obblighi e di queste garanzie lascia intendere che tra la parte di un processo e il suo consulente vi è un rapporto riservato e peculiare, quello che fa dire che così come per il consulente d'Ufficio è d'obbligo la verità, per il consulente di parte è d'obbligo la fedeltà al suo cliente.

Ciò vuol dire che il consulente di parte può liberamente fare affermazioni false purché esse siano nell'interesse del suo cliente? A mio avviso bisogna distinguere tra fatti e valutazione dei fatti.

Sui fatti non è consentito fare false dichiarazioni (e non soltanto ai fini del Codice deontologico), e perciò non potrà dirsi di avere esaminato una persona, ad esempio, o di avere osservato un comportamento se non è vero, come non si potrà modificare il protocollo o il dato di un test, o citare fantasiosamente un Autore, ecc.

Le valutazioni dei fatti, o le considerazioni su di essi, invece, appartengono a quei "gradi di libertà" di cui il consulente dispone, così come la formulazione di ipotesi, l'introduzione di dubbi sulle affermazioni altrui, ecc.

Ancora una volta, però, la questione non è così semplice come potrebbe sembrare.

Basti pensare che in fase di dibattimento il consulente di parte può essere chiamato e deporre e in tal caso il giudice gli chiede di giurare di dire la verità: ma quale verità?

Gulotta⁴ si è posto il problema, dubita (fondatamente, ma inutilmente) del fatto che il consulente di parte sia tenuto al giuramento e conclude attribuendogli comunque *"l'obbligo di essere sincero sui fatti che sostiene di avere percepito direttamente"*.

Riconosco che non poteva venire fuori altrimenti dalla contraddizione presente nel sistema, ma non c'è chi non veda quanto sia ambiguo giocare, in punto di etica, tra "verità" e "sincerità", tra fatto conosciuto, convincimento personale, percezione diretta, ecc.

Sono convinto, a questo proposito, che il comportamento del consulente di parte debba essere governato non tanto da un criterio di verità quanto da un criterio di opportunità: il consulente di parte che fonda le sue tesi su dati riscontrabili anche da altri e che le svolge in coerenza con le conoscenze scientifiche del campo produce delle conclusioni che il consulente di controparte avrà difficoltà a contestare e che, soprattutto, hanno maggiore probabilità o di convincere il giudice o di accostarsi alle conclusioni cui perverrà il consulente del giudice. Al contrario, il consulente di parte che farà ricorso a dati facilmente controvertibili o addirittura fantasiosi e ad argomenti privi di fondamento scientifico si espone a facile demolizione della controparte e, soprattutto, si espone a facile smentita da parte del giudice o del suo consulente.

In questo consiste quello che chiamo il criterio della opportunità: nel suo affrancamento dalla verità il consulente di parte solo apparentemente è totalmente libero di proporre le sue conclusioni, giacché queste, quanto più si discostano da ciò che è accertabile da un terzo dotato di sufficienti poteri,

tanto più non giovano, o addirittura nuocciono alla causa del suo committente. E viceversa.

Sempre in termini di opportunità, mi sembra che il problema etico il professionista debba porsi, e risolverlo, prima di accettare l'incarico dal suo cliente, valutando se nella di lui tutela si troverà nella condizione di dovere sostenere tesi che non si sente di condividere, e, eventualmente, chiaramente pattuendo con il cliente che ne sosterrà l'interesse entro certi termini, o con certi precisi modi, o mezzi. Si tratta di una questione di "foro interno", perché ritengo che nessun consulente potrà essere censurato per avere accettato di sostenere la causa visibilmente improponibile di una persona, ma si tratta anche di una cautela che potrà tornare utile nel momento in cui bisognerà rendere ragionevolmente compatibili la tesi del cliente e il buon senso comune, se non proprio il rigore scientifico.

Quanto detto sinora ha una importante eccezione nel campo penale, nel caso in cui la consulenza psicologica sia prestata al Pubblico Ministero.

E' vero che nel processo il Pubblico Ministero è parte esattamente come lo sono l'imputato e la parte civile, ma non bisogna dimenticare che, a norma dell'art. 358 del Codice di procedura penale, nella fase delle indagini egli è un soggetto neutrale⁵, tenuto ad accertare la verità dei fatti con i mezzi investigativi a sua disposizione.

La consulenza psicologica è uno di questi mezzi, ed è ovvio, pertanto, che non vale nei suoi confronti l'obbligo di fedeltà al committente, del quale si è detto; la consulenza deve garantire al Pubblico Ministero – e per suo tramite al processo – assoluto rigore di metodo e di conclusioni.

¹ "Il perito o l'interprete che, nominato dall'Autorità giudiziaria, dà pareri o interpretazioni mendaci, o afferma fatti non conformi al vero, soggiace alle pene..."

² "Il patrocinatore o il consulente tecnico che, rendendosi infedele ai suoi doveri professionali, arreca nocimento alla parte da lui difesa, assistita o rappresentata dinanzi all'Autorità giudiziaria, è punito..."

³ "...Presso i difensori e i consulenti tecnici non si può procedere a sequestro di carte o documenti relativi all'oggetto della difesa, salvo che costituiscano corpo del reato."..."Non è consentita l'intercettazione relativa a conversazioni o comunicazioni dei difensori, consulenti tecnici e loro ausiliari, né a quelli tra i medesimi e le persone da loro assistite."...

⁴ Gulotta G. e coll., *Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico*. Giuffrè, 2000. Pag.1324.

⁵ "Il pubblico ministero...svolge altresì accertamenti su fatti e circostanze a favore della persona sottoposta alle indagini".

Una nuova area psicologica: la Psico-Trapiantologia

JOSEPHINE G. MORANA

Psicologo Clinico - Responsabile Servizi Psicologici IsMeTT

ROSARIO GIRGENTI

Psicologo Clinico - Assistente Ismett

Con il termine Psico-trapiantologia intendiamo indicare quella "nuova" area della psicologia tesa ad approfondire le svariate dinamiche psicologiche che ruotano attorno al trapianto di organi. Di certo, individuare tutte le variabili tenute in considerazione in quest'ambito è alquanto difficoltoso. Tra le altre cose, anche la letteratura a riguardo sembra alquanto ridotta. Questo articolo, dunque, vuole essere un momento di spunto/riflessione per spingere quanti fossero interessati ad approfondire tali argomentazioni.

Nell'ambito della nostra pratica quotidiana ambulatoriale e/o ospedaliera IsMeTT (Istituto Mediterraneo Trapianti e Terapia ad Alta Specializzazione), ci capita spesso di chiedere ai nostri pazienti il motivo di una visita psicologica in un centro trapianti. Spesso i pazienti rispondono con cognizione di causa, spiazzando anche le nostre aspettative. In effetti chi si avvicina ad affrontare un trapianto, ha già un suo vissuto fatto di sofferenza a causa di una patologia ingravescente che può anche portare alla morte. Per tanto, molti di loro valutano tal pratica chirurgica, ossia il trapianto, come l'unico e talvolta anche *l'ultimo mezzo* per potere sopravvivere. Proviamo ad immaginare l'intensità emotiva che caratterizza tali pazienti. In tal ambito si focalizza l'iniziale interesse dello psicologo, teso non solo a supportare psicologicamente il paziente, quindi a contenere le eventuali ansietà dello stesso, ma anche a valutare il suo status psico-clinico. Il compito dello psicologo, inoltre, deve mirare a valutare la consapevolezza che il paziente ha circa i rischi cui potrebbe andare incontro sottoponendosi ad un eventuale trapianto. In definitiva, risulta necessario valutare la capacità del paziente di firmare un "Consenso informato" e ciò è strettamente correlato allo stato cognitivo e psichico del paziente.

L'importanza dell'area cognitiva, dunque, ha valore in riferimento alla "consapevolizzazione" dei rischi cui potrebbe andare incontro. Ciò presuppone, anche, la capacità gestionale del paziente, in ordine alla terapia da seguire nel post-trapianto. Tale possibile "deficit", infatti, potrebbe inficiare severamente l'esito del trapianto, fino alla perdita dell'organo stesso, con tutte le conseguenze ad essa connesse.

Anche la presenza di eventuali psicopatologie può rappresentare un forte limite. Ma con quali psicopatologie abbiamo maggiormente a che fare?

Quasi sempre ci troviamo di fronte a pazienti che hanno alle spalle una lunga storia clinica fatta di sofferenze e ciò, chiaramente, va a determinare uno stato di alterazione umorale di tipo ansioso-depressivo. Ci riferiamo alla realtà di un paziente affetto da Insufficienza Renale Cronica, sottoposto a trattamento emodialitico da lungo tempo (vissuta spesso come una sorta di sottomissione ad una macchina!), o ad un epatopatico con sofferenze connesse allo scempenso della malattia stessa (vedi ascite, encefalopatie...). Per tanto, quando ci troviamo di fronte a tali pazienti, il nostro intervento è mirato a stabilire un percorso psico-terapeutico a breve termine, secondo la teoria cognitivista-comportamentale, da noi ritenuta la più efficace, data la limitatezza dei tempi, in riferimento anche alla celere evoluzione della patologia medica dei pazienti con cui interagiamo. Un capitolo a parte spetta a quell'approccio terapeutico mirato alla risoluzione di fobie, dipendenze da sigarette... ove, abbiamo valutato un ottimo successo grazie alle tecniche della desensibilizzazione sistematica. In tal ambito, possiamo anche includere l'uso del *Biofeedback* per il *Pain Management*, ossia, lo sviluppo della capacità di gestione del dolore. Certamente, esistono anche casi psicoclinici maggiormente complessi, che richiedono un più attento monitoraggio e ci riferiamo a quei "pazienti a rischio", ossia, quei soggetti che, per esempio, hanno una tendenza alla somatizzazione, ai soggetti con una pregressa storia alcolica e/o di tossicodipendenza etc... Questi ultimi, tra l'altro, vengono inviati nei Ser.T. per un percorso psicoterapeutico specialistico nel settore. In ogni caso, gli stessi vengono seguiti anche dal nostro Servizio, per un monitoraggio connesso a quelle variabili psicologiche collegabili all'eventuale percorso clinico da seguire per arrivare ad essere inseriti nella lista di attesa. In definitiva, non è solo importante che il paziente smetta di bere (cambiamento di "Azione"), è necessario, infatti, che lo stesso ritrovi la fiducia in sé stesso per affrontare con motivazione e su un piano di realtà, un eventuale trapianto. Ciò, significa che deve essere anche nelle condizioni di saper gestire la propria emotività/ansietà di fronte a qualsivoglia complicazione clinica sia nel pre che nel post-trapianto. In tal senso, il lavoro dello psicologo deve mirare ad incrementare i "coping skills" del paziente che gli consentiranno di riorganizzare il proprio vissuto quotidiano in modo funzionale. Tale aspetto assume una sua valenza fondamentale nella realtà del paziente nel post-trapianto, argomento che presupporrebbe un nuovo e ampio capitolo, data la complessità delle dinamiche psicologiche che ruotano attorno al paziente "immerso in questa nuova realtà".

Professione Psicologo dell'Orientamento scolastico e professionale

ROBERTA TRAPANI

Psicologo

L'intervento di orientamento ha subito negli anni notevoli modificazioni ed oggi, per la complessità e la varietà dei problemi posti, si deve parlare di sistemi di azioni di orientamento che si caratterizza: nell'accoglienza ed ascolto, nella gestione delle risorse informative, nella programmazione di attività formative, nel counseling e nel sostegno di inserimento lavorativo.

Di conseguenza, le aree di attività professionale degli operatori fanno riferimento a saperi e competenze molto vari che attingono a discipline diverse: pedagogia, sociologia, psicologia, informatica etc.

Si è assistito, soprattutto in ambito psicologico, ad un proliferare di ricerche empiriche e sperimentali che è possibile ricostruire in quattro fasi fondamentali, importanti per una ricostruzione delle diverse concezioni di orientamento.

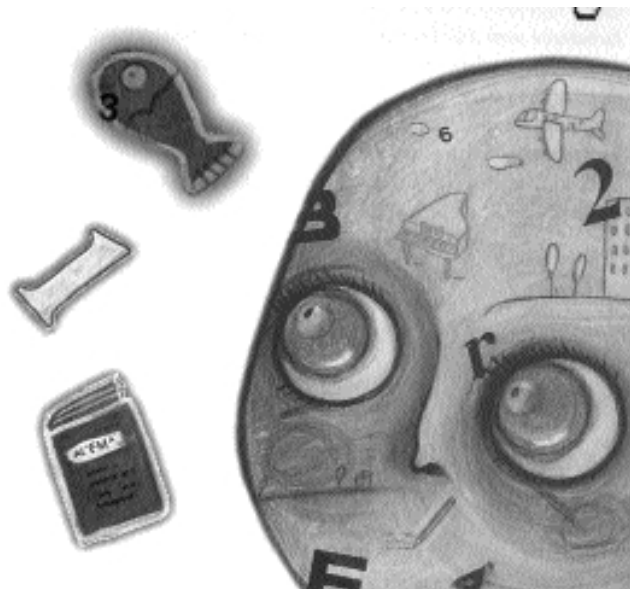
La prima fase è definita *diagnostico-attitudinale*, assume come modello teorico l'attenzione sulle componenti psicosensoriali delle prestazioni degli individui; ne deriva la concezione che conoscere le attitudini dell'individuo significava permettere la collocazione in un determinato lavoro :*l'uomo giusto al posto giusto*.

La seconda fase, *caratterologico-affettiva* pone l'accento sul concetto di *interesse professionale*: risulta adatto ad un determinato lavoro non solo colui che *sa fare* (perché possiede attitudini specifiche), ma colui che *ha piacere ha fare*.

La terza fase, *clinico-diagnostica*, pone l'accento verso un'indagine delle dinamiche psichiche: l'orientamento è rivolto alla struttura di personalità, al fine di individuare la disponibilità interiore verso un lavoro (l'investimento emotivo, il livello di partecipazione etc.). In questa fase l'orientamento deve fare emergere le motivazioni profonde che portano alla scelta della professione che possa soddisfare le esigenze personali.

Ciò che appare evidente è che il denominatore comune di queste tre fasi dell'orientamento è la presentazione di un modello orientativo che da al soggetto un *ruolo passivo* mentre il ruolo dominante è svolto dallo specialista che orienta.

La quarta fase, *maturativo-personale*, infatti, nasce nel rispetto dell'individuo e della sua autonomia. In quest'ottica orientare diviene sinonimo di *aiuto all'individuo a prendere coscienza di sé, educandolo alla scelta o meglio a saper scegliere; favorendo il pieno svi-*



luppo della persona e contemporaneamente di inserirlo nel contesto sociale e nei processi di cambiamento.

Questo breve excursus teorico è stato realizzato per dare continuità, e un background teorico all'azione orientativa attuale: un approccio *globalistico - interdisciplinare*.

L'intervento di orientamento si configura come un processo di autoconoscenza che favorisce nel soggetto la presa di decisione e l'assunzione di responsabilità nelle scelte scolastiche e professionali, sulla base dei bisogni, delle motivazioni e degli interessi personali in relazione con il contesto sociale ed economico (Castelli, 1996).

La società contemporanea è caratterizzata da continui cambiamenti in ogni ambito dell'apprendimento e del lavoro. Questo fenomeno è determinato da tendenze quali la flessibilizzazione del mercato lavorativo, la creazione di nuovi ambiti di competenza, la richiesta di nuove professionalità, la globalizzazione delle conoscenze (Not E., e Rinaldi A.).

In uno scenario di questo tipo l'orientamento deve rispondere ad una crescente richiesta di sostegno e di aiuto.

L'orientamento può essere definito come *"situazione in cui un soggetto in una condizione di disorientamento o di disagio e in vista di un obiettivo esterno da raggiungere (formativo o professionale) si sottopone ad un processo che, con l'aiuto di un professionista esperto, lo porta ad esplorare alcune dimensioni oggettive e soggettive, ottenendo alla fine un risultato individuale che si concretizza in una maggiore consapevolezza delle proprie*

capacità e dei propri limiti e nel rinforzo degli aspetti positivi" (Sangiorgi, 2000).

Si delineano due componenti dell'orientamento: una "componente esterna", sotto forma di erogazione di informazione quale momento di chiarezza e integrazione delle informazioni in cui il soggetto è immerso, ed una "componente interna" (soggettiva) riferita al progetto individuale che il soggetto viene a sviluppare grazie ad un processo che favorisce la consapevolezza di sé, dei propri bisogni e delle proprie aspettative, la presa di decisione matura e consapevole che conduce all'elaborazione di un piano di sviluppo formativo/professionale centrato sulle motivazioni, sulle esigenze e sulle capacità della persona.

Un orientamento che si focalizza sulle "risorse interne" del cliente (Rogers, 1997) e che non si limita a presentare una gamma di informazioni puntando unicamente sull'aumento di conoscenza rispetto ai possibili percorsi futuri.

Il ruolo fondamentale dell'orientatore è quello di spostare l'attenzione non tanto sull'oggetto della scelta (formazione e/o lavoro) quanto sul rispetto della scelta valorizzando e rafforzando le valenze che sono alla base delle capacità decisionali del soggetto.

Sulla base del modello precedentemente descritto, che considera l'attività di orientamento come processo formativo che accompagna l'individuo (life long learning) in ogni fase della sua vita, la figura dell'operatore e la sua professionalità è da ricondursi all'interno delle professioni di tipo psicologico.

Lo psicologo che si occupa di orientamento deve dunque poter favorire l'elaborazione del progetto personale, contribuendo allo sviluppo della componente interna dell'orientamento.

E' dunque un esperto di comunicazione e di relazione in grado di facilitare il percorso di autoconsapevolezza dell'interlocutore attraverso un collo-

quio di comprensione-chiarificazione che dovrebbe permettere l'esplicitazione dei bisogni e degli obiettivi del cliente (Di Fabio, 1999).

Occorre sottolineare in tal senso che non può esservi guidance counselling senza il suo nucleo fondamentale e cioè la relazione di aiuto, compiti che richiedono la presenza dello psicologo.

Le capacità e le conoscenze devono rispondere ad una preparazione multidisciplinare che comprende da una parte una serie di conoscenze e capacità in ambito psicologico (in particolare la capacità di gestire le dinamiche del colloquio individuale e di gruppo), e dall'altra una serie di conoscenze in campo educativo, sociologico, economico, giuridico.

Si pone un interrogativo sull'orientamento formativo dello psicologo sull'analisi del lavoro dello psicologo, sulle motivazioni che lo sottendono (A. Palmonari e M.L. Pombeni).

I diversi modi di vedere sembrano organizzarsi e articolarsi fra loro ma nello stesso tempo con margini alquanto sfumati.

Da uno studio svolto da A. Polmonari, sulla rappresentazione che lo psicologo ha della sua professione si evince l'aspetto tecnico-scientifico attribuito al proprio interno all'interno delle istituzioni pubbliche e la sua valenza ad un programma di lavoro interprofessionale.

In tal senso, all'interno del processo di costruzione della propria identità professionale, rifacendosi al classico modello interazionista elaborato da G.H. Mead (1934),

il soggetto acquisisce una conoscenza, che elabora, e che gli consente di inserirsi e orientarsi all'interno del mondo sociale, interiorizzando il proprio ruolo e quello degli altri per divenire a pieno titolo membro di una organizzazione lavorativa.

Si tratta di pensare come all'interno di questo percorso di esplorazione vi siano sia aspetti cognitivi che relazionali che accompagnano il soggetto e si intrecciano nella sua formazione. E in particolare come, nella costruzione di tale identità professionale, il processo formativo sia capace di aiutare le persone a mettere a fuoco i propri interessi, le proprie capacità.

La formazione, in particolare quella universitaria, potrebbe costituire un fattore orientante presente nel cammino di costruzione della propria identità professionale che consente attraverso le discipline di mettere a fuoco le proprie risorse, i propri desideri.

In tal processo si possono ravvisare, probabilmente anche dei vincoli: i percorsi formativi sono orientanti di per sé favorendo un processo di identificazione che porta ad acquisire e interiorizzare atteggiamenti, interessi, abilità e conoscenze connesse ad un



ruolo unitariamente alle attese e alle aspettative sociali connesse a tali ruoli?

Più direttamente, a proposito dello psicologo, viene individuata (dai più recenti studi effettuati sulla professionalità dello psicologo) una tendenza ad individuare una professionalità di tipo quasi esclusivamente clinico-diagnostico. Si potrebbe ipotizzare che la formazione professionale *orienti*?

Alla luce delle attuali riforme i curricula universitari prevedono, rispetto al passato, studi di carattere sociale che hanno portato a nuove forme di ruoli professionali.

Tuttavia, citando un recente lavoro di A. Polmonari la più frequente rappresentazione della propria professione si basa su competenze che legittimano la professionalità dello psicologo psicoterapeuta.

Tuttavia da più di mezzo secolo si sono aperti nuovi scenari nel settore sociale come l'area dell'orientamento scolastico e professionale in cui, come detto più volte, la figura dell'operatore e la sua professionalità è da ricondursi all'interno delle professioni di tipo psicologico.

Gli studi effettuati sulla rappresentazione dello psicologo pongono una riflessione, sulla validità e significatività di altri interventi.

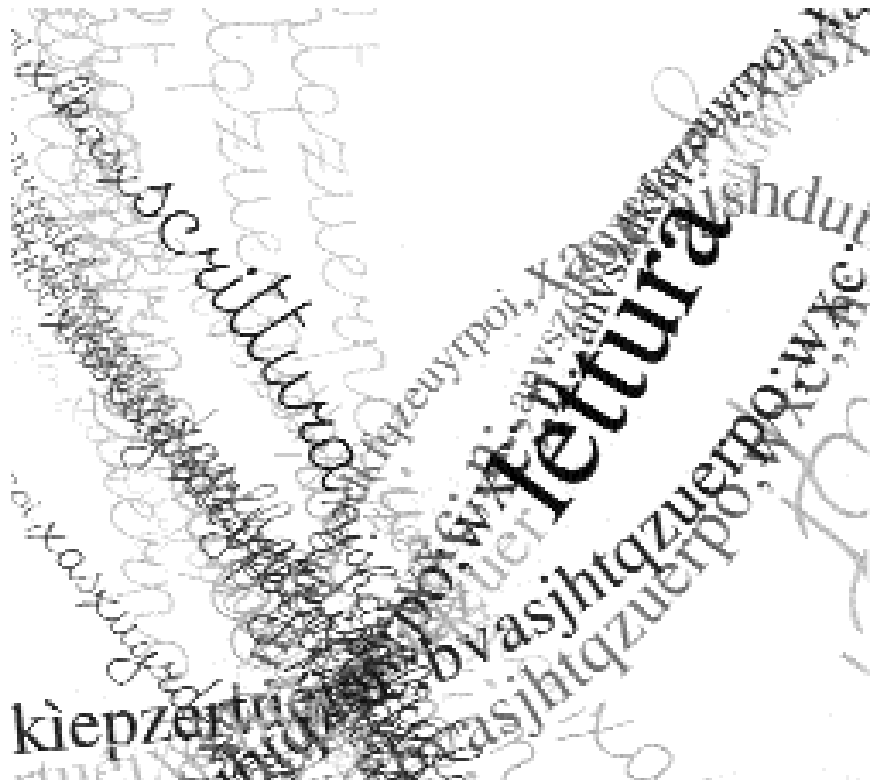
Polmonari riporta un interessante risposta derivante dalla sua inchiesta sul ruolo dello psicologo: *tutto l'interesse dello psicologo deve andare al lavoro diagnostico e terapeutico...*

In questa linea di riflessione sul lavoro dello psicologo, Polmonari osserva, che viene assunta una prospettiva professionale privata, forse poco basata sul bisogno sociale emergente.

L'emergere di una tale rappresentazione può forse dipendere dall'esigenza di una rappresentazione di un ruolo professionale che si differenzi da altre figure con competenze simili quali ad esempio l'assistente sociale (Polmonari).

Sembrano, quindi, delinearci delle strategie da parte di un gruppo professionale per acquisire il controllo di un certo segmento del mercato del lavoro e assicurarsi una propria autonomia e un elevato prestigio sociale.

Alla luce di tali considerazioni attualmente si pone la questione della figura professionale dell'orientatore, e di un criterio con il quale individuare le specifiche competenze richieste dalle diverse attività nelle quali si articola il percorso di orientamento e che consenta di *orientare lo psicologo* che deve svolgere tale attività lavorativa.



CONCETTO DI COMPETENZA

La letteratura propone un'ampia gamma di teorie e definizioni di competenze. Per una maggiore comprensione del fenomeno è proposto, innanzitutto, il suo significato etimologico:

- *la competenza indica la piena capacità di orientarsi in determinate questioni* (Devoto G., Oli G.C., 1997).

La definizione proposta pare utile per precisare che la competenza è da intendersi come ciò che le persone effettivamente fanno, vale a dire non i compiti prescritti, ma l'attività lavorativa nel suo complesso che le persone svolgono.

In altre parole, la competenza "in azione" permette di stabilire una relazione tra conoscenza e modalità operativa con la quale si svolge un'attività lavorativa. Questo approccio per competenze supera la classificazione professionale basata sulla mansione correlandosi invece all'attività lavorativa vista come ruolo professionale (pellery 1993).

"E' tuttavia difficile (...) descrivere analiticamente e riconoscere, nel suo complesso una competenza professionale la cui costruzione sembra legata tanto ad acquisizioni scolastiche quanto a processi di apprendimento informale, a orientamenti di valore che sostengono l'attenzione verso fatti innovativi, all'appartenenza ad una comunità professionale. Se ogni professione può essere esercitata a livelli più o meno elevati di capacità e abilità, la competenza si configura come l'esplicazione di risorse cognitive di varia natura che presiedono a processi di azione e di decisione e da cui dipende la qualità di una prestazione.

Nuovi iscritti all'Albo dal 15-02-2002 al 18-10-2002

| N. ISCRIZ. | COGNOME E NOME | RES. | N. ISCRIZ. | COGNOME E NOME | RES. |
|------------|------------------------------|------|------------|-----------------------------|------|
| 2296 | Albano Rosa Maria | CL | 2343 | Speciale Francesca | CT |
| 2297 | Aquino Gaetano | ME | 2344 | Terranova Daniele | TP |
| 2298 | Bruneo Barbara | ME | 2345 | Trotolo Viviana | SR |
| 2299 | Coco Marinella | CT | 2346 | Utro Marcella | PA |
| 2300 | Cutino Maria Gemma | TP | 2347 | Valenti Gianluca | PA |
| 2301 | De Gaetano Maria | SR | 2348 | Vinciguerra Giuseppa | CT |
| 2302 | Di Fede Guendalina | SR | 2349 | Vizzini Serena | PA |
| 2303 | Ferrante Tiziana | PA | 2350 | Zambuto Stefania | AG |
| 2304 | Ferrara Michelangelo | CL | 2351 | Bruna Angela | AG |
| 2305 | Franzone Denise | CL | 2352 | Buccellato Cinzia | PA |
| 2306 | Gullo Maria Rosaria | PA | 2353 | Cannizzaro Stefania | PA |
| 2307 | La Tona Maria Grazia | CL | 2354 | Cognata Maria Giuseppina | AG |
| 2308 | Sanfratello Giuseppa | PA | 2355 | Di Trapani Monica | PA |
| 2309 | Allone Daniela Mimma | PA | 2356 | Guarnera Maria Antonella | CT |
| 2310 | Bisesi Maria | PA | 2357 | Messina Silvana | PA |
| 2311 | Buscema Giuliana | CT | 2358 | Nuzzo Irene | PA |
| 2312 | Cannella Stefania | PA | 2359 | Patti Manuela | TP |
| 2313 | Carlino Adriana | PA | 2360 | Pizzo Roberta Maria | CL |
| 2314 | Castorina Giorgia | CT | 2361 | Quattrocchi Maria | PA |
| 2315 | Cerniglia Anna | PA | 2362 | Ragolia Patrizia | CL |
| 2316 | D'Anna Adele Chiara | CT | 2363 | Ranieri Alessandra | CT |
| 2317 | De Martino Adriano | TP | 2364 | Spicuzza Rosaria | CT |
| 2318 | De Santis Antonio | TP | 2365 | Strano Concetta | CT |
| 2319 | Di Simone Manuela | CT | 2366 | Amella Concetta | AG |
| 2320 | Forestieri Fulvia | PA | 2367 | Arcidiacono Evelina Carmela | PA |
| 2321 | Frenna Maria Angela | AG | 2368 | ArDOSelli Salvatore | PA |
| 2322 | Gibaldi Rosanna | PA | 2369 | Bordenca Gioacchina Ilaria | AG |
| 2323 | Giordano Maria Elena | CL | 2370 | Carà Silvana Maria Rita | EN |
| 2324 | Greco Daniela | PA | 2371 | Cerami Serena | PA |
| 2325 | Guadagnino Samuele | PA | 2372 | Ciatto Giuseppa | ME |
| 2326 | Licenziato Maria Teresa | EN | 2373 | Clemente Santina | PA |
| 2327 | Lo Re Tiziana | PA | 2374 | D' Agata Elisabetta | PA |
| 2328 | Mazzara Giovanna | TP | 2375 | Gandolfo Antonella | EN |
| 2329 | Milazzo Carmela | PA | 2376 | Giampino Alberto | PA |
| 2330 | Palmeri Rosalba | PA | 2377 | Girgenti Alessandra | CT |
| 2331 | Palmigiano Maria Bernadette | CL | 2378 | Giunta Benedetta | CL |
| 2332 | Parisi antonella | SR | 2379 | Gizzi Barbara | PA |
| 2333 | Parlato Brunella | EN | 2380 | Grimaldi Maria Laura | PA |
| 2334 | Profita Salvina | PA | 2381 | Gulli Mario | ME |
| 2335 | Rao Maria Stefania | CT | 2382 | Lanza Maria | PA |
| 2336 | Salamone Massimiliano | SR | 2383 | Lo Turco Maria Catena | CT |
| 2337 | Scannella Fabio Vincenzo | CL | 2384 | Lucchese Francesca Loredana | TP |
| 2338 | Scavuzzo Giuseppina Beatrice | PA | 2385 | Maccarrone Maria Nella Rita | SR |
| 2339 | Schimmenti Caterina | PA | 2386 | Maggiore Valeria | PA |
| 2340 | Scuderi Concetta Alessia | CT | 2387 | Mallia Maria Cecilia | SR |
| 2341 | Scuderi Maria Antonella | CT | 2388 | Messina Claudia | PA |
| 2342 | Sillitti Maria Rita | PA | 2389 | Minissale Rosaria Adalgisa | CT |

| N. ISCRIZ. | COGNOME E NOME | RES. | N. ISCRIZ. | COGNOME E NOME | RES. |
|------------|------------------------------|------|------------|-----------------------------|------|
| 2390 | Movarelli Marzia | PA | 2437 | Bella Alessia Maria | CL |
| 2391 | Napoli Pietro | PA | 2438 | Biundo Loretta | PA |
| 2392 | Nicolini Letizia | PA | 2439 | Castellana Rosalia | PA |
| 2393 | Pachino Caterina | PA | 2440 | Castrogiovanni Maria Grazia | EN |
| 2394 | Paternò Giovanni Orazio | CT | 2441 | Corona Arianna | PA |
| 2395 | Patti Angela | AG | 2442 | Cucé Petri | PA |
| 2396 | Patti Paola | PA | 2443 | D' Amato Giuseppina | PA |
| 2397 | Perricone Eva | SR | 2444 | D' Amato Michela Antonia | PA |
| 2398 | Pino Giusy | ME | 2445 | D' Arrigo Arianna | CT |
| 2399 | Piombino Enrica | AG | 2446 | Di Stefano Gaspare | TP |
| 2400 | Russo Gabriella | PA | 2447 | Famà Sonia Alessandra Maria | ME |
| 2401 | Scandurra Carmen | CT | 2448 | Genchi Maria Concetta | PA |
| 2402 | Scatà Maria grazia | SR | 2449 | Giolitto Silvia Maria | PA |
| 2403 | Stabile Leonardo | TP | 2450 | Iemmolo Noemi | RG |
| 2404 | Tedesco Maria Stella | TP | 2451 | Ingargiola Antonina | TP |
| 2405 | Terranova Daniela | RG | 2452 | Lopiano Daniela | CL |
| 2406 | Terranova Giuseppina | RG | 2453 | Madeddu Daniela | PA |
| 2407 | Terranova Maria | AG | 2454 | Messineo Linda | PA |
| 2408 | Todaro Marisa | PA | 2455 | Micciché Laura | PA |
| 2409 | Vangelista Alessandro | AG | 2456 | Montana Francesca | AG |
| 2410 | Virone Stefania | AG | 2457 | Panno Francesca Paola | PA |
| 2411 | Zota Clementina | SR | 2458 | Polizzotto Laura | PA |
| 2412 | Cucé Daniela | SR | 2459 | Restivo Roberta | PA |
| 2413 | Damiani Antonietta | AG | 2460 | Ricca Annamaria | RG |
| 2414 | Di Francesco Massimiliano | EN | 2461 | Scripilliti Maria Veronica | CT |
| 2415 | Ferracani Ylenia Cesarina | CL | 2462 | Settipani Fabio | TP |
| 2416 | Genitori D' Arrigo Valentina | CT | 2463 | Tesoro Viviana Maria | CL |
| 2417 | Gruttadauria Maria Rita | CL | 2464 | Turrisi Sandra | EN |
| 2418 | Leone Adriana | CL | 2465 | Ventura Nadia | ME |
| 2419 | Lissandrello Giuseppe | SR | 2466 | Vitale Alessandro Francesco | PA |
| 2420 | Pori Maria Cristina | PA | | | |
| 2421 | Raneri Antonino Maria | CT | | | |
| 2422 | Rosano Giovanna | f.R. | | | |
| 2423 | Sedita Valeria | AG | | | |
| 2424 | Sottile Tommasa | ME | | | |
| 2425 | Badalamenti Dorotea | PA | | | |
| 2426 | Cicero Loredana | PA | | | |
| 2427 | D' Alessandro Maria | AG | | | |
| 2428 | Girgenti Rosario | AG | | | |
| 2429 | Longino Melissa | AG | | | |
| 2430 | Lunetto Rosa Giuseppa | PA | | | |
| 2431 | Parisi Maria Diletta | PA | | | |
| 2432 | Pino Adalgisa | ME | | | |
| 2433 | Sulfaro Cinzia | ME | | | |
| 2434 | Tavera Antonella | SR | | | |
| 2435 | Vallone Barbara | PA | | | |
| 2436 | Avola Stefani | RG | | | |

2356 iscritti all'Albo al 18-10-2002

Nel mese di settembre abbiamo avuto notizia della prematura scomparsa delle colleghe

**MARIA TERESA MANFRÈ
VINCENZA MARIA PULINO**

La Comunità degli Psicologi, nel ricordare il loro impegno professionale, si associa al dolore dei familiari.

parati, con il risultato di un prolungamento dei tempi di accesso nel mondo del lavoro" (**Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Libro bianco sul mercato del lavoro in Italia, Roma, Ottobre 2001**).

Nel 1999 soltanto l'11,3% dei 35-44enni era in possesso di un titolo di studi universitario rispetto ad una media OCSE del 14,9%. Addirittura tra i 25-34enni il divario è ancor più ampio (10% contro 16,5%), a causa dell'elevato ritardo con cui in Italia vengono conclusi gli studi. Secondo il Comitato nazionale per la valutazione del sistema universitario (CNVSU), la laurea nel nostro Paese viene in media conseguita in 7 anni, all'età di 27 anni e mezzo, con un ritardo rispetto alla durata legale del corso universitario tra i due ed i quattro anni.

Con una sempre maggiore integrazione nel contesto comunitario, apparve chiaro che, per restare al passo con le realtà produttive e professionali degli altri paesi dell'UE, era necessario da un lato fornire una competenza specifica, settoriale, spendibile immediatamente nel mercato del lavoro, al giovane laureato, dall'altro anticipare i tempi della sua immissione lavorativa.

Alla luce di queste considerazioni, il Decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328, "Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti", ha ridisegnato tutti i percorsi formativi universitari, con l'istituzione della laurea triennale e di quella specialistica dopo un ulteriore biennio.

Il profilo dello psicologo è stato ulteriormente ridefinito, determinando la comparsa della nuova professione di *psicologo iunior*, con il conseguimento del diploma di laurea in *Scienze e Tecniche Psicologiche*, l'esame di stato e la successiva iscrizione nella *Sezione B* dell'Albo presso l'Ordine regionale o provinciale degli psicologi.

E' previsto altresì che, dopo un ulteriore biennio, si può conseguire il diploma di laurea specialistica in psicologia, cioè mirata ad un ambito ben definito, si può sostenere l'esame di stato per la successiva iscrizione nella *Sezione A* dell'Albo presso l'Ordine regionale o provinciale degli psicologi, cui in ogni caso transiteranno tutti gli attuali iscritti.

Il tirocinio è collocato all'interno di questi nuovi percorsi formativi, e non dopo il conseguimento del diploma di laurea, con un suo peso specifico, come del resto tutte le altre materie di studio, in crediti formativi, necessari per il conseguimento del titolo finale.

Di questa riforma se ne è già discusso abbastanza. Il nostro Consiglio Nazionale si è espresso abbastanza duramente, soprattutto in riferimento agli ambiti professionali del laureato triennialista, che potrebbe collidere con quelli dello psicologo quinquennialista: è forte il rischio di declassare il livello delle prestazioni psicologiche ad una formazione triennale!

Questa riforma prevede che il Governo, su delega del Parlamento e sentiti gli Ordini professionali, promulghi i nuovi regolamenti elettorali per gli iscritti alle sezioni A e B degli Ordini e dia piena attuazione alla riforma. Appare allora ben chiaro che era ed è quanto mai opportuno evitare che gli Ordini professionali, quasi tutti a dimensione provinciale, fossero sottoposti

ad un turnover delle cariche elettive, per poter gestire con competenza e consapevolezza questa delicata fase di cambiamento.

Come abbiamo più volte rammentato, è quanto mai necessario che la psicologia e lo psicologo siano nelle condizioni di implementare la capacità di *saper leggere* i bisogni emergenti, individuali e collettivi, superando la tradizionale dicotomia "benessere - malessere" e sapendo rinnovare l'offerta professionale con sempre maggiore competenza e specializzazione.

Nel frattempo la nostra professione è già proiettata verso una nuova formula di accreditamento, che permetta al singolo professionista di poter definire la propria attività in un contesto specifico e specialistico.

Il nostro Consiglio ha già deliberato la costituzione di un gruppo di lavoro sulla definizione delle modalità di accreditamento della professione di psicologo, così come è stato fatto all'interno del nostro Consiglio Nazionale, per poterle sperimentare quanto prima.

Un tipo di accreditamento è già presente all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, poiché è previsto che i dirigenti psicologi dipendenti del SSN a partire dal 2002 debbano documentare la loro formazione professionale, tramite la partecipazione ad eventi formativi riconosciuti (ECM).

E' augurabile che questa riforma possa determinare più scenari professionali nei quali la qualità delle prestazioni dello psicologo e dello psicologo *iunior* possa coincidere con un dignitoso livello occupazionale.

Colgo l'occasione, per Augurare

BUONE FESTE

Psicologi e Psicologia in Sicilia

Giornale dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia
a cadenza trimestrale

Direttore Responsabile:
FULVIO GIARDINA

Coordinamento Editoriale:
ROBERTO PAGANO

Comitato di Redazione:
SERGIO AMICO, CLAUDIO CASIGLIA,
SEBASTIANO CIAVIRELLA, MAURIZIO CUFFARO,
MARIA GABRIELLA D'ANGELO

Redazione:
Via Salvatore Marchesi, 5 - 90144 Palermo
Tel. 091 6256708 - 840500290 Fax 091 7301854
e-mail: redazione@ordinepsy.sicilia.it

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

Chiuso in Redazione il 28 novembre 2002

La Grafica Editoriale - Edizioni Di Nicolò
Poloartigianale Lardereria Capannone 1 - Messina
Tel. 090 730919 - 090 730462