

# Psicologi & Psicologia

in Sicilia

anno VIII - n. 3 - Ott. 05

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



Giornale dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia



## Caselle Postali Elettroniche di Servizio del nostro Ordine

E-mail ufficiale dell'Ordine: **sede@oprs.it**

Per il Presidente: **presidente@oprs.it**

Per il Vicepresidente: **vicepresidente@oprs.it**

Per il Consigliere Segretario: **segretario@oprs.it**

Per il Consigliere Tesoriere: **tesoriere@oprs.it**

Per quanto riguarda il dominio .....@oprs.it: **postmaster@oprs.it**

Per quel che riguarda il sito web: **webmaster@oprs.it**

Per comunicare col comitato di redazione: **redazione@oprs.it**

Per inoltrare un proprio contributo alla lista sperimentale:  
**lista@oprs.it**

Per chiedere di essere aggiunti alla lista sperimentale:  
**listmaster@oprs.it**

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



**ANNO 8° - NUMERO 3**

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

**REDAZIONE:**

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

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
Fulvio Giardina

**COORDINAMENTO EDITORIALE**  
Roberto Pagano

**COMITATO DI REDAZIONE**  
Sergio Amico,  
Claudio Casiglia,  
Sebastiano Ciavarella,  
Maurizio Cuffaro,  
Maria Gabriella D'Angelo.

**CHIUSO IN REDAZIONE**  
il 15-10-2005

**IMMAGINE DI COPERTINA**  
Michele Ciacciofera "Interno con spezie"  
(pastello, cm. 30 x 30)

**GRAFICA & IMPAGINAZIONE**  
I-work s.r.l.  
(Salvo La Terra)  
Sede legale: via G. Patanè, 13/A  
95100 Catania  
Tel. 095 431418 - Fax 095 437657  
www.i-work.it  
e-mail: info@i-work.it

**FOTOLITO E STAMPA**  
Grafiche Cosentino - Caltagirone

**IN ALLEGATO IL LIBRO**

M. G. D'Angelo - G. Ruvolo  
Il gruppo come modalità di  
lavoro psicologico-clinico

# Sommario

## Focus

- Verso le elezioni: "l'Ordine professionale si trasforma"  
News "A proposito di elezioni" pag. 4  
"Il protocollo sulla psicologia dell'emergenza" pag. 7

## In primo piano

- Protocollo d'intesa per il concorso degli  
Psicologi siciliani nelle attività di Protezione Civile pag. 8  
S.S.N. e Psicologia: "Intervista al Dr. Gaetano D'Antoni" pag. 16

## Iniziative dell'Ordine

- Lo stato di attuazione della legge 328/00:  
identità possibili e scenari futuribili pag. 18  
*Convegno: "Agiò e disagio sociale: progettualità/interventi  
individuali e collettivi per lo sviluppo partecipativo"* pag. 21  
Breve nota sugli studi di Settore pag. 23

## La professione

- Psicologi in Italia: quale futuro per la professione? pag. 24  
La SPAN: una nuova associazione per gli psicologi  
che si occupano di neuropsicologia pag. 26  
Corso Pratico finalizzato alla Presa in Carico Globale del  
Soggetto con Sclerosi Multipla: descrizione di un percorso pag. 28  
Qualità della vita lavorativa e prevenzione del mobbing pag. 31  
**INSERTO: Rilevazione e Valutazione del Mobbing**  
MOBBING: la risposta degli psicologi a un fenomeno  
strettamente psicologico pag. 33  
La psicologia di James Hillman al Crocevia pag. 35  
Psicologia Giuridica: sintesi di un interessante percorso formativo Pag. 36  
Il counselling psicologico nella procreazione assistita:  
un modello integrato Pag. 38  
*Convegno: "Nuove forme dell'invidia.  
Nell'individuo, nella coppia, nel gruppo"* Pag. 42  
La Professione di psicologo in Sicilia: realtà e prospettive Pag. 44  
Alla sorgente del fiume: un ponte tra l'Italia e la Bosnia Pag. 45  
*Convegno: "L'attachement: applications thérapeutiques  
chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte"; resoconto e riflessioni* Pag. 48  
Progressi e limiti della conoscenza: verso un uso  
sempre più tecnico della scienza Pag. 49  
Resistenze culturali nell'inserimento di nuove tecniche  
d'intervento per la gestione dei disturbi psicologici del  
paziente oncologico correlati alla malattia e al  
trattamento chemioterapico: la musicoterapia Pag. 51  
Il nuovo codice sulla privacy: obblighi e adempimenti Pag. 53  
*Convegno: "L'implicito e l'esplicito in psicoterapia";  
resoconto e riflessioni* Pag. 55

## Recensioni

- Caro Hillman  
Venticinque scambi epistolari con James Hillman pag. 57  
Genitorialità a rischio  
Ruoli, contesti e riflessioni pag. 58

## Aggiornamento albo

- Nuovi iscritti all'albo Sez. A e Sez. B  
dal 25/11/2004 al 23/9/2005 pag. 59



# focus

di Fulvio Giardina - Presidente Ordine Regionale

## Verso le elezioni: l'Ordine professionale si trasforma

*"Nel caso delle professioni di consultazione - cioè di quelle professioni che si confrontano con i clienti ed hanno necessariamente un forte scambio con il mondo sociale esterno - un'altra condizione risulta particolarmente importante a completamento dei riconoscimenti formali ottenuti dalla pubblica autorità: la capacità di acquisire riconoscimenti sostanziali presso l'opinione pubblica, ovvero la capacità di creare un atteggiamento sociale positivo circa la rilevanza delle conoscenze e delle competenze espresse da quella professione" (Albino Claudio Bosio, Professioni psicologiche e professionalizzazione della psicologia, Franco Angeli, Milano 2004)*

Care colleghe e cari colleghi, finalmente andremo a votare per rinnovare il Consiglio dell'Ordine, insieme a tutti gli altri Ordini professionali italiani.

Una lunghissima stagione si sta concludendo, nella quale il numero degli iscritti è cresciuto notevolmente rispetto a quando abbiamo iniziato questa entusiasmante avventura: siamo quasi 3.300, cui si sono aggiunti anche i *dottori in tecniche psicologiche*, i nuovi professionisti in ambito psicologico, in possesso di una laurea triennale in scienza e tecniche psicologiche (di 1° livello) ed iscritti alla sezione "B" dell'Albo, che involontariamente hanno determinato questa lunga stagione di proroga.

Infatti, come ben sapete, per poter dare applicazione alla riforma delle professioni, definita dal DPR 328/2001, che per l'appunto ha "creato" nuove figure di professionisti, il Governo ha prorogato più volte la scadenza di tutti gli ordini professionali italiani, al fine di poter meglio definire sia un nuovo regolamento elettorale che permettesse la presenza almeno di un triennialista all'interno dei Consigli degli Ordini, sia una diversa disciplina in ambito deontologico.

Nei fatti, è proprio il caso di dire, "la montagna ha partorito un topolino"! Questa lunga stagione di proroga, più volte criticata dal Consiglio

dell'Ordine siciliano e dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, non ha infatti determinato quella grande trasformazione degli ordini professionali italiani che ci si augurava, sia nella prospettiva di un adeguamento alle normative comunitarie (sempre meno restrittive per favorire una reale competitività), sia in una visione più moderna degli Ordini, sempre meno legata alla gestione prettamente notarile, sempre più aperta a nuove esigenze (formazione, accreditamento, ecc.).

Nulla è cambiato, se non per il fatto che un collega triennialista siederà all'interno del Consiglio: ben poca cosa rispetto a quasi tre anni di proroga.

È pur vero però che negli Ordini professionali italiani, soprattutto in quelli depositari di procedure fortemente vincolate dalla legge (medici, ingegneri, architetti, notai, ecc.) prevale una forte resistenza al cambiamento: paura di perdere il controllo sui propri iscritti, paura di perdere un potere contrattuale con gli utenti ed i committenti, paura di perdere privilegi.

Ma - come sappiamo bene - la paura di cambiare non potrà arrestare l'inevitabile processo di trasformazione e di adeguamento dei professionisti italiani a bisogni di sempre maggiore efficienza ed efficacia.

Per quanto concerne la nostra professione ci si sarebbe augurato che,

ad esempio, si fosse regolamentata la partecipazione al consiglio regionale, al consiglio nazionale ed alla cassa di previdenza, prevedendo quelle incompatibilità che sono presenti in tutti gli altri ordini professionali italiani, dove - essendo separati ruoli e funzioni dei vari organismi di rappresentanza - da un lato vengono coinvolti nella gestione delle cose ordinarie quanti più iscritti, dall'altro si determina quella cosiddetta "magistratura di secondo grado" per affrontare i problemi deontologici, e dall'altro ancora i componenti del consiglio nazionale vengono eletti su base territoriale, garantendo in tal modo una coerente rappresentatività con la base degli iscritti.

Fatta questa premessa, il Consiglio dell'Ordine siciliano, pur nella difficoltà di una programmazione di attività nel medio e lungo periodo a causa dei brevi periodi, ma consecutivi, di proroghe, ha assolto con un marcato spirito istituzionale il proprio ruolo, senza mai celarsi dietro l'alibi delle proroghe.

E se lo scorso anno si è conclusa formalmente la consiliatura durante i lavori del 2° Congresso regionale di Acireale sul tema *"Progettare e Costruire il benessere"*, l'anno in corso è stato pieno di iniziative e di attività di indubbio prestigio ed interesse (vedi, per tutte, il protocollo sulla Psicologia dell'Emergenza).

Proprio la durata di questa consi-

gliatura ha permesso di poter cogliere con determinazione le aree di forte criticità, spesso drammatica, che caratterizzano la vita professionale dei colleghi siciliani, i quali, sempre più numerosi, non trovano alcuna condizione lavorativa minimamente coerente con i lunghi anni, e sacrifici, di studio: non dimentichiamo che lo psicologo ha alle spalle il più lungo periodo di formazione + tirocinio + abilitazione (ben oltre 6 anni complessivi) rispetto a tutti gli altri professionisti italiani.

E quando la gran maggioranza degli iscritti all'Ordine non riesce ad esprimersi professionalmente in maniera soddisfacente dal punto di vista economico e del prestigio sociale, tutta la professione viene intaccata, l'intera immagine che negli anni ci siamo costruiti viene frammentata e banalizzata.

La professione di psicologo, più delle altre, è dipendente da quella rete di servizi che dovrebbero essere attivati nel territorio (scuola, ente locale,

giustizia minorile, sanità, ecc.).

Ma, in aggiunta alle oggettive difficoltà economiche e di sviluppo della nostra regione, vi sono almeno tre grandi aree di criticità: la formazione, l'occupazione e la previdenza.

Il mondo accademico italiano è ormai impleso nella quantità di percorsi formativi attivati, alcuni ancora prestigiosi, ma molti di dubbia qualità ed utilità per gli studenti. La proliferazione dei corsi di laurea in scienze e tecniche psicologiche, senza alcuna reale programmazione strategica regionale e nazionale, hanno da un lato abbassato la qualità della formazione psicologica, dall'altro ampliato a dismisura la quantità dei laureati. Il distacco del mondo accademico da quello professionale è ancora più marcato dal fatto che nessuno degli organismi rappresentativi universitari, prima tra tutti la conferenza dei presidi delle facoltà di psicologia, ha avviato con i vari governi una azione mirata ad ampliare gli ambiti protetti di lavoro psicologico,

così come avviene - ad esempio - nella formazione degli altri professionisti (medici, ingegneri, ecc.). In altre parole, l'Ordine professionale si trova ad accogliere un numero sempre maggiore ed incontrollabile di psicologi, senza affatto quella necessaria copertura normativa che possa facilitarne il loro inserimento lavorativo, se non nella presunta libera professione.

A ciò si aggiunge la formazione cosiddetta selvaggia, incontrollata ed incontrollabile, che dovrebbe colmare le lacune di quella universitaria, così da assistere al fatto che molto spesso la prima attività del giovane psicologo è quella di formare o *sformare* altri giovani colleghi!

Vi sono inoltre quelle attività di formazione in ambito psicologico, svolte anch'esse da psicologi, rivolte anche a non psicologi, così da rendere ancora più debole quel *muro di gomma* che separa la nostra professione dalle altre.

Altro elemento di forte criticità è



Il Presidente consegna l'Albo al Rettore dell'Università di Catania, durante il 2° congresso regionale

l'occupazione. In via preliminare appare opportuno segnalare che la psicologia italiana deve il suo primo riconoscimento sociale proprio al Servizio Sanitario Nazionale, nel quale, tra gli anni '80 e '90 confluirono tutti gli psicologi oggi presenti (oltre 5.000 in Italia, oltre 500 in Sicilia), contribuendo a definire modelli e metodiche d'intervento originali e altamente professionali. Dal punto di vista occupazionale oggi stiamo invece assistendo ad uno strano fenomeno all'interno del S.S.N., che non caratterizza affatto le altre professioni sanitarie. Ad esempio, se in un ospedale si deve aprire un reparto di chirurgia estetica, non si sguarnisce il reparto di Chirurgia Generale, facendo migrare i chirurghi da questo reparto all'altro, ma - ovviamente - vengono selezionati ed assunti nuovi chirurghi. Impariamo dai medici: per aprire un nuovo reparto, non si chiude un altro, ma si assumono altri medici!

Ed invece per quanto concerne le attività psicologiche e psicoterapeutiche erogate nel Servizio Sanitario Nazionale sembrerebbe che sia vigente la regola opposta: se si vuole aprire una nuova offerta psicologica, si sposta lo psicologo da un luogo all'altro, non si bandiscono concorsi, non si fanno nuove assunzioni.

Il risultato di questa politica professionale è stata quella di aumentare la durata delle liste di attesa, di ridurre il numero degli psicologi presenti (nell'arco di dieci anni, mentre le altre professioni sono aumentate mediamente di numero di quasi il 30%, gli psicologi sono diminuiti del 10%), e soprattutto di sminuire (solo apparentemente) il bisogno di psicologia nei settori strategici dell'offerta sanitaria: consultori, Ser.T., Salute Mentale: vi sono consultori familiari ormai sguarniti, alcuni mai attivati, reparti di salute mentale sempre con un numero minore di psicologi. Però nelle Aziende Sanitarie siciliane ormai è presente il microcosmo della professione di psicologo: la psicologia dello sport, quella della formazione, la psicologia giuridica, la mediazione familiare, l'adozione, l'emergenza, la scuola, la psicologia del lavoro, insomma tutte le attività che potenzialmente possono essere erogate dallo psicologo.

In altre parole, il 17% degli iscritti all'Ordine siciliano (il numero cioè dei colleghi che operano all'interno del S.S.N. siciliano) svolge l'attività di quasi il 70% di tutti gli iscritti all'Ordine, in una condizione di asimmetrica concorrenza professionale, rendendo ancora più precaria e difficile la possibilità di organizzare la propria vita professionale da parte dei giovani iscritti.

In ultimo la previdenza, che dovrebbe accompagnare il giovane psicologo verso una lunga vita professionale, non è affatto vicina ai suoi reali bisogni. In tutti questi anni l'ENPAP, la nostra cassa di previdenza, pur in possesso di enormi risorse finanziarie, non ha mai prodotto alcuna ricerca sulle prospettive professionali e sullo sviluppo della professione di psicologo in Italia, non si è mai calata nella triste realtà dei giovani colleghi i quali molto spesso sono costretti a nascondere i loro primi, e miseri, introiti, perché altrimenti verrebbero gravati di spese al momento non sostenibili.

Si determina in tal modo nei giovani iscritti non la "cultura della previdenza", ma quella dell'evasione, che alla lunga potrà produrre effetti negativi sul tutto il nostro sistema previdenziale.

Come vedete, cari colleghi, le principali aree di criticità per lo sviluppo della professione di psicologo sono determinate proprio da altri psicologi.

Mi auguro che il percorso di cambiamento, di crescita e



di sviluppo della nostra professione in Sicilia ed in Italia possa percorrere strade salde, ben progettate ed edificate, indirizzate verso obiettivi concreti, nella salvaguardia di quei principi etici, deontologici e di decoro professionale conquistati negli anni, e soprattutto con una forte identità professionale.

Alla conclusione del mio mandato, sento di ringraziare tutti coloro che mi sono stati vicini, che hanno permesso di arricchire la mia vita di una esperienza eccezionale, ricca, profonda, che hanno saputo sostenere motivazione ed entusiasmo anche negli inevitabili momenti di sconforto, e che hanno saputo perdonare gli inevitabili errori commessi in corso d'opera.

Ringrazio tutti i colleghi consiglieri (Nello Ciavarella, Maurizio Cuffaro, Gabriella D'Angelo, Rosita Gangemi, Antonella la Commare, Giuseppe La Face, Michele Lipani, Gina Merlo, Barbara Notarbartolo, Roberto Pagano, Marina Quattropani), il vicepresidente Antonio Sperandeo, il segretario Claudio Casiglia, il tesoriere Sergio Amico.

Un ringraziamento particolare a tutto il personale di segreteria e di amministrazione: i dipendenti signora Marisa Giglione e sig. Atonino Di Bono, ed i giovani collaboratori, Claudia Brusca e Gaetano Caruso; ad ai consulenti dell'Ordine: l'avvocato Montalbano, il prof. Amenta, il dott. Di Bono, il rag. Volante.

Un ultimo ringraziamento, care colleghe e cari colleghi, a Voi tutti per la Vostra presenza e partecipazione sempre crescente alla vita ordinistica e l'invito ad andare tutti a votare per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine. Un caro saluto, Fulvio Giardina.

## NEWS

a cura di Roberto Pagano - coordinatore editoriale

## A PROPOSITO DI ELEZIONI

*Il regolamento elettorale, già valutato dal Consiglio di Stato, è al momento al vaglio della Corte dei Conti, per poi ritornare in Consiglio dei Ministri per le ultime limature e la successiva pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. È opinione che tutto questo iter si concluderà a giorni.*

*Ed allora, pur nella impossibilità di informarvi sui dettagli al momento della chiusura del giornale, è possibile tracciare gli elementi di cambiamento che sicuramente caratterizzeranno il nuovo regolamento elettorale.*

**A) DOTTORE IN TECNICHE PSICOLOGICHE (TRIENNALISTA)**

*All'interno del Consiglio dell'Ordine dovrà sedere un iscritto alla sezione "B" dell'Albo, quella cioè relativa ai dottori in tecniche psicologiche*

**B) CANDIDATURE**

*si potranno votare, e saranno eleggibili, soltanto i colleghi che si candideranno. Qualora non vi sia alcun candidato di una delle due Sezioni dell'Albo, tutti gli iscritti a quella Sezione saranno eleggibili. La propria candidatura si potrà presentare al Presidente del Consiglio dell'Ordine dal momento in cui verranno indette le elezioni e fino a quindici giorni prima delle votazioni. È prevedibile che le elezioni verranno indette il giorno 29 Ottobre p.v., e che le votazioni dovrebbero iniziare quaranta giorni dopo. Tutti gli iscritti verranno informati sulla indizione delle elezioni e sulle candidature presentate.*

**C) SCHEDA ELETTORALE**

*Si potranno esprimere fino ad un massimo di nove, e non otto, preferenze sulla medesima scheda, cioè la scheda elettorale conterrà nove caselle prestampate. Si potranno votare indifferentemente iscritti alla sezione "A" ed iscritti alla sezione "B": alla fine dello scrutinio i quattordici iscritti alla sezione "A" con più voti e l'iscritto alla sezione "B" con più voti entreranno a far parte del nuovo Consiglio regionale.*

**IL PROTOCOLLO SULLA PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA**

*Dopo un lungo travaglio, iniziato con la visita del Presidente della Regione, On. Dott. Salvatore Cuffaro nella nostra sede nel 2001, e lunghe trattative finalmente è stato siglato con l'Assessore alla Protezione Civile, On. avv. Michele Cimino, il protocollo d'intesa per coinvolgimento degli Psicologi siciliani nella gestione delle emergenze: il primo atto formale che viene siglato tra l'Amministrazione della nostra regione ed il nostro Ordine. Si tratta di un riconoscimento non soltanto della validità della psicologia applicata alle situazioni emergenziali, ma soprattutto dell'ordine professionale come interlocutore privilegiato per tutte le problematiche di tipo psicologico. A seguito del protocollo d'intesa, l'Ordine aprirà un bando interno per la individuazione dei professionisti interessati, da trasmettere successivamente alla Protezione Civile regionale, con l'augurio che questo nuovo ambito professionale possa essere affrontato con sempre maggiore competenza.*

*La Sicilia è la seconda regione italiana, dopo Lombardia, nella quale la gestione dell'emergenza assume una valenza realmente strategica. Il nostro Ordine professionale da tempo si era già sensibilizzato, intervenendo direttamente in favore degli alunni e degli insegnanti della Istituto Comprensivo "A. Manzoni" di S. Venerina in occasione del sisma del 2002, e successivamente con i due convegni sulla psicologia dell'emergenza del 2003.*

*Ci augurano che la partecipazione attiva degli psicologi siciliani in questo settore possa incrementare e stabilizzare quella cultura della prevenzione che, nei fatti, è l'arma vincente dinanzi a fenomeni fisici spesso incontrollabili.*



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA  
PRESIDENZA

**PROTOCOLLO D'INTESA  
PER IL CONCORSO DEGLI PSICOLOGI SICILIANI  
NELLE ATTIVITA' DI PROTEZIONE CIVILE**

\* \* \*

L'anno duemilacinque il giorno tredici del mese di luglio in viale della Regione Siciliana n.2226 in Palermo,

**TRA**

La Regione Siciliana, C.F. 80012000826, rappresentata dall' Ass.re pro-tempore destinato alla Presidenza e con delega alla Protezione civile, On.le Avv. Michele Cimino e dal Dirigente Generale del Dipartimento Regionale della Protezione Civile, Ing. Salvatore Cocina.

**E**

L'Ordine Professionale degli Psicologi della Regione Siciliana, con sede in Palermo, Via Salvatore Marchesi n° 5, rappresentato dal Presidente pro-tempore Dott. Fulvio Giardina;

**PREMESSO CHE**

- con legge 24 febbraio 1992 n.225 è stato istituito il Servizio Nazionale della Protezione Civile al fine di tutelare l'integrità della vita, i beni, gli insediamenti e l'ambiente dai danni o dal pericolo di danni derivanti da calamità naturali o catastrofi e da ogni altro evento calamitoso;
- con l'art. 6 delle citate disposizioni di legge individua gli Ordini ed i Collegi professionali tra le strutture che concorrono alla realizzazione delle attività di protezione civile;
- con D.M. 13 febbraio 2001, concernente l'adozione dei criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi, è esplicitamente richiamata, nell'ambito della "funzione di supporto n. 2 - Sanità", l'attività di assistenza psicologica alla popolazione identificando gli Ordini professionali di area sanitaria quali referenti delle relative attività di protezione civile;



REPUBBLICA ITALIANA



**REGIONE SICILIANA**  
PRESIDENZA

**CONSIDERATO CHE**

- è intendimento dell'Assessorato alla Presidenza con delega alla Protezione Civile, del Dipartimento Regionale della Protezione Civile e dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana promuovere rapporti di reciproca collaborazione in attività volte ad approfondire tematiche di comune interesse in materia di protezione civile, con particolare riferimento al pianificazione regionale di protezione civile ed alle funzioni ed attività psicologiche da realizzare nelle fasi di previsione, prevenzione e soccorso, nonché di gestione dell'emergenza, garantendo una funzione di coordinamento affinché tutte le iniziative, individuali ed associative, vengano svolte nella maniera più qualificata e senza interferenze;
- la Protezione Civile Regionale è altresì interessata, nell'ambito delle proprie competenze istituzionali, a sviluppare tale qualificata collaborazione con l'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana anche per attività di formazione professionale del personale appartenente alle strutture operative di cui all'art. 11 della legge 225/92 e a tutte le agenzie educative interessate, nonché di informazione della popolazione;

**Tanto Premesso e Considerato**

Vista la legge 24 febbraio 1992 n. 225;

Visto il Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n. 112;

Vista la legge regionale 31 agosto 1998 n. 14,

Visto il D.M. 13 febbraio 2001;

**SI CONVIENE QUANTO SEGUE**

**ART. 1**

La Regione Siciliana – Assessorato alla Presidenza con delega alla Protezione Civile, il Dipartimento Regionale della Protezione Civile e l'Ordine degli Psicologi

REPUBBLICA ITALIANA  
  
**REGIONE SICILIANA**  
PRESIDENZA

della Regione Siciliana si impegnano reciprocamente a collaborare nell'ambito di un programma di attività volto ad approfondire gli aspetti psicologici connessi con le attività di protezione civile e con particolare riferimento all'attività in emergenza, al concorso specialistico attuativo della pianificazione delle attività per la gestione dell'emergenza, alle fasi di formazione ed informazione della popolazione.

**ART.2**

La Regione Sicilia – Assessorato Regionale della Protezione Civile, Dipartimento Regionale della Protezione Civile e l'Ordine Professionale Regionale degli Psicologi si impegnano a collaborare per la promozione e l'attuazione di iniziative formative ed informative rivolte alle strutture territoriali nonché a promuovere uno specifico programma di formazione professionale per gli operatori delle strutture operative di protezione civile di cui alla citata legge 225/92 e delle agenzie educative che ne faranno richiesta.

**ART.3**

L'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana potrà svolgere attività di indirizzo e di coordinamento nei riguardi dei propri iscritti, al fine di qualificare l'intervento dei professionisti nelle rispettive attività di protezione civile.

**ART.4**

In situazioni di temuto pericolo, o al verificarsi di eventi naturali o ambientali che richiedano attività di supporto o di consulenze su aspetti psicologici, il Dirigente Generale del Dipartimento Regionale della Protezione Civile può avvalersi di psicologi, dotati della necessaria competenza, sulla base di apposito elenco predisposto dal Presidente dell'Ordine Professionale Regionale, trimestralmente aggiornato e trasmesso al D.R.P.C.

REPUBBLICA ITALIANA  
  
REGIONE SICILIANA  
PRESIDENZA

Nelle more della predisposizione dell'elenco a cura del Presidente dell'Ordine Regionale degli Psicologi, il D.R.P.C. potrà avvalersi della collaborazione di Psicologi, purché regolarmente iscritti all'Ordine.

**ART.5**

I professionisti di cui all'art.4 forniranno detta collaborazione ed opereranno, di volta in volta, sulla base di specifiche comunicazioni, indicazioni o provvedimenti del Dipartimento Regionale della Protezione Civile.

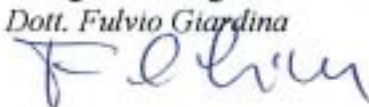
**ART.6**

L'Ordine Regionale degli Psicologi assicura che, nell'espletamento dell'attività, i professionisti sono coperti da assicurazione contro gli infortuni ai sensi del D.P.R. 1124/65 e contro i rischi derivanti da responsabilità civile verso terzi.

**ART.7**

Il Presidente pro-tempore dell'Ordine Regionale degli Psicologi, su invito dello Assessore alla Presidenza, delegato alla Protezione Civile, potrà essere consultato nel Comitato Regionale della Protezione Civile e partecipare alle riunioni periodiche dello stesso.

Il Presidente dell'Ordine  
degli Psicologi della Regione Siciliana  
*Dott. Fulvio Giardina*



Il Dirigente Generale del DRPC  
*Ing. Salvatore Cocina*



L'Assessore Regionale  
*On. Avv. Michele Cimino*





## Protocollo d'intesa per il concorso degli Psicologi siciliani nelle attività regionali di Protezione Civile

*Sono stati concretizzati con la firma di un protocollo formale, i rapporti di reciproca collaborazione in attività di emergenza tra Ordine degli Psicologi e Dipartimento regionale della Protezione Civile*

**di Melita Ricciardi\***

**L**a Regione Siciliana, rappresentata dall'Assessore alla Presidenza delegato alla Protezione Civile, On. Michele Cimino, il Dirigente generale del Di-

partimento regionale della Protezione Civile, Salvatore Cocina e L'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana, rappresentato dal Fulvio Giardina, il 9 giugno 2005 hanno siglato il pro-

tollo d'intesa per il concorso degli Psicologi nelle attività di Protezione Civile.

La Regione Siciliana, Assessorato alla Presidenza con delega alla Protezione Civile e il Dipar-



**Il Governatore  
della Regione Siciliana  
On. Salvatore Cuffaro  
con il Presidente dell'Ordine  
degli Psicologi della Sicilia,  
Fulvio Giardina**



timento Regionale della Protezione Civile, insieme all'Ordine degli Psicologi hanno concretizzato rapporti di reciproca collaborazione in attività volte ad approfondire tematiche in materia di Protezione Civile, per quanto concerne gli aspetti psicologici connessi all'emergenza, con particolare riferimento alla pianificazione regionale ed alle funzioni psicologiche da realizzare nelle fasi di previsione, prevenzione e soccorso, nonché di gestione dell'emergenza, garantendo una funzione di coordinamento affinché tutte le iniziative individuali e associative si possano svolgere nella maniera più qualificata.

L'obiettivo primario di tale accordo consiste nel favorire una corretta gestione psicologica delle emergenze di massa e contemporaneamente promuovere la conoscenza di adeguati comportamenti individuali e collettivi, per la tutela psicofisica dei cittadini e dei soccorritori in caso di emergenza.

Con la legge n. 225 del 24 febbraio 1992 è stato istituito il Servizio Nazionale della Protezione Civile al fine di tutelare l'integrità della vita, i beni, gli insediamenti e l'ambiente dai danni o dal pericolo di danni derivanti da calamità naturali o catastrofi e da ogni altro evento calamitoso.

A tal proposito l'art. 6, delle citate disposizioni di legge, indi-

vidua gli Ordini ed i Collegi professionali tra le strutture che concorrono alla realizzazione delle attività di Protezione Civile. Con il D.M. del 13 febbraio 2001, concernente l'adozione dei criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi, è esplicitamente richiamata, nell'ambito della "funzione di supporto n. 2 - Sanità", l'attività d'assistenza psicologica alla popolazione, identificando gli Ordini professionali di area sanitaria quali referenti delle relative attività di Protezione Civile.

L'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana, pertanto, potrà svolgere attività d'indirizzo e di coordinamento nei riguardi dei propri iscritti, al fine di qualificare l'intervento nelle rispettive attività di Protezione Civile. Nel contempo, la Protezione Civile Regionale potrà avvalersi degli Psicologi registrati dall'Ordine stesso, in un apposito elenco ed individuati in funzione della rispettiva esperienza e competenza professionale, con il compito di

prestare assistenza psicologica in situazioni di emergenza.

Ciò potrà favorire il coinvolgimento degli Psicologi nella pianificazione dell'emergenza, nella scelta dei metodi comportamentali da adottare prima, durante e dopo l'evento calamitoso e contemporaneamente, l'intervento degli stessi sia in ambito formativo sia assistenziale.

L'Ordine degli Psicologi, insieme alla Protezione Civile Regionale, ha quale compito primario sia l'esigenza d'informare sulla struttura predisposta a gestire gli eventi critici sia di favorire la conoscenza di adeguati comportamenti individuali e collettivi attraverso l'educazione alla prevenzione e alla solidarietà.

La Protezione Civile si pone come segno di cultura e di maturità sociale perché, evidenzia quanto la prevenzione sia fondamentale al fine di tutelare coloro che ri-



mangono vittime di una catastrofe. L'esperienza del protocollo d'intesa costituisce, quindi, un contributo per gli Psicologi sul tema della Protezione Civile e sul ruolo dello psicologo in ambito emergenziale e permette di acquisire capacità d'elaborazione e di gestione degli aspetti emotivi, connessi alle situazioni di crisi in cui sia gli psicologi stessi sia il personale di soccorso possono trovarsi ad operare. La ricostruzione delle dinamiche psicologiche vissute dai soccorritori nell'emergenza, la loro ansia, il loro stress fino al burn-out e l'eventuale sostegno psicologico di cui necessitano, sono situazioni che emergono con chiarezza in caso di emergenza. Il disagio che prova sia il soccorritore sia il volontario, evidenzia la mancanza di formazione nell'ambito psicologico e contemporaneamente, l'inefficacia degli operatori nella gestione del panico e dello stress. Spesso diversi esponenti d'Organizzazioni di Volontariato e operatori di Protezione Civile riportano le loro esperienze e i loro bisogni formativi, sottolineando quanto sia fondamentale acquisire strumenti cognitivi idonei per avere più autoefficacia sia sul campo sia nell'assistenza alla popolazione. Il confronto tra le esperien-

ze reali dei protagonisti dell'emergenza e gli psicologi, infatti, permette di cogliere quali possono essere le tecniche e le strategie da identificare al fine di incrementare i meccanismi di difesa psicofisica dell'operatore, sul campo. La Protezione Civile Regionale, pertanto, necessita sia di competenze professionali appartenenti al settore della psicologia dell'emergenza sia di servizi psicologici strutturati, rivolti ai soccorritori e alla popolazione al fine di prevenire il loro disagio psicofisico.

Da anni, il Dipartimento di Protezione Civile Regionale collabora attivamente con l'Ordine Professionale degli Psicologi, come attestano i congressi e le altre iniziative promossi dallo stesso Ordine, a cui la Protezione Civile ha sempre partecipato con qualificati esponenti, ricordiamo tra questi Francesco Mantenga Venerando, Coordinatore del Comitato Regionale di Protezione Civile e tutti i Dirigenti e funzionari del Diparti-

mento. Obiettivo principale della Protezione Civile Regionale è stato quello di migliorare la capacità e la qualità dell'intervento in caso di calamità e soprattutto, potenziare la fase di previsione e prevenzione dei rischi connessi con eventi naturali o con l'attività dell'uomo.

Le strategie e le attività della Protezione Civile in Sicilia, hanno garantito la diffusione di una nuova cultura di Protezione Civile, favorendo pertanto la prevenzione e la formazione.

Quindi, se l'Ordine degli Psicologi insieme alla Protezione Civile Regionale ha l'esigenza d'informare, prevenire e garantire il soccorso, la collaborazione consisterà di due momenti strettamente correlati: il primo, relativo all'espletazione di conoscenze Psicologiche nell'ambito dell'emergenza; il secondo, finalizzato allo sviluppo di tecniche innovative sul campo emergenziale, nonché al miglioramento della comunica-

**Salvatore Cuffaro  
con Michele Cimino,  
Assessore Regionale  
alla Protezione Civile**





**Guido Bertolaso, Enzo Boschi e Francesco Mantegna Venerando, alla 3ª Conferenza Regionale della Protezione Civile svoltasi ad Agrigento il 27 aprile scorso**

zione e della relazionalità, nel gruppo operativo in emergenza.

Ciò che s'intende costruire attraverso il protocollo d'intesa è la realizzazione di una rete sociale che metta in connessione contesti diversificati, quali l'organizzativo-istituzionale e quello dei rapporti interpersonali all'interno del gruppo di in-

tervento.

Il problema principale della gestione dell'emergenza, infatti, non consiste solo nel reperire i mezzi meccanici o le squadre d'intervento da utilizzare in occasione di crolli, incendi o qualsiasi altra emergenza, bensì quello di trasmettere un messaggio di sicurezza, di solidarietà e di capacità di gestione dell'emotività.



Altro elemento fondamentale di una corretta gestione delle emergenze è costituito da quello che in gergo tecnico viene definito "il rispetto delle procedure".

Nell'ambito della Protezione Civile, ogni azione, per essere svolta con rapidità ed efficienza, deve essere necessariamente regolata attraverso delle procedure prestabilite. Queste, infatti, delineando il ruolo ed il lavoro che deve essere svolto da ogni singola unità, facilitano ed ottimizzano le attività di soccorso. Il rispetto di questi ruoli, da parte di ogni operatore, è quindi importantissimo proprio perché permette di creare un'azione sinergica.

Il supporto psicologico, da fornire nelle situazioni di crisi, pertanto, non può essere un compito svolto da un operatore o da un volontario della Protezione Civile, questo ruolo deve essere necessariamente rivestito da specialisti in Psicologia dell'emergenza che grazie alla loro formazione, sono in grado di fornire questo tipo d'assistenza.

Le operazioni di soccorso e d'assistenza svolte dalla Protezione Civile sono realizzate spesso anche grazie al prezioso ausilio dei Volontari.

**Al centro il Dirigente Generale della Protezione Civile Regionale, Salvatore Cocina, con Guido Bertolaso**



**Melita Ricciardi con il Presidente della Regione Siciliana, Salvatore Cuffaro e il Capo del Dipartimento Nazionale della Protezione Civile, Guido Bertolaso**

Non dimentichiamo a tal proposito le drammatiche esperienze acquisite recentemente dagli operatori di Protezione Civile, dai Volontari e dalle popolazioni colpite dallo Tsunami nel Sud est asiatico che, analizzate e condivise dalla comunità scientifica, confermano sempre più l'esigenza di individuare in emergenza il disagio e contemporaneamente, di attuare piani di formazione preventiva, di supporto Psicologico e di monitoraggio in itinere, nel momento in cui determinate professionalità vengono costantemente coinvolte in situazioni emergenziali. Grazie alla sensibilità dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia e della Regione Siciliana, Assessorato alla Presidenza con delega alla Protezione Civile, Dipartimento Regionale della Protezione Civile e Dipartimento Regionale alla Protezione Civile - il protocollo d'intesa promuove nuovi orizzonti, al fine di favorire il sostegno necessario in emergenza, così da poter gestire e tutelare l'equilibrio psicologico dei soggetti coinvolti nonché promuovere la sicurezza della collettività. ■

**\*Psicologa e psicoterapeuta**

## S.S.N. e Psicologia Intervista al Dr. Gaetano D'Antoni Psicologo, Direttore Generale A.U.S.L. 9 Trapani

*a cura di Antonella La Commare - consigliere*

*Il Dr. Gaetano D'Antoni ha partecipato, negli anni '80, alla riforma della psichiatria presso l'Assessorato Sanità della Regione Siciliana ove tutt'oggi è in servizio con la qualifica di "Ispettore Sanitario Superiore Regionale". In qualità di Coordinatore della Saute Mentale ha promosso la determinazione degli organici della Salute Mentale con particolare attenzione agli psicologi, prevedendo un posto di psicologo ogni 125.000 abitanti ed articolandone il ruolo, sin da allora, nei tre livelli funzionali previsti dal D.P.R. 761/79 (collaboratore, coadiutore e dirigente); ciò comportò l'istituzione, in Sicilia, di 19 posti di "Dirigente" (oggi "Direttore di Struttura Complessa").*

*Dal 1988 al 1992 Commissario Straordinario presso gli Ospedali Psichiatrici di Agrigento, Trapani, Siracusa e Messina. Dal 1999 al 2001 Commissario Straordinario prima presso l'Azienda Ospedaliera di Gela e, successivamente, presso quella di Messina. Dal 2001 al 2005 Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Di Dio di Agrigento. Dal 2005 Direttore Generale dell'A.U.S.L. 9 di Trapani.*



*Il Dr. Gaetano D'Antoni*



**D**r. D'Antoni, il suo impegno nell'ambito della sanità è noto a tutti. Come vede la situazione della Sanità italiana dalla prospettiva di psicologo che esercita le funzioni di Direttore Generale?

La Sanità italiana attraversa una fase di grave crisi non solo economica ma anche organizzativa. Manca l'integrazione tra le varie professioni e tra i vari servizi e ciò non consente di dare una giusta risposta all'utenza. Oggi è urgente una riorganizzazione dei servizi sanitari che valorizzi le competenze nel rispetto dello specifico professionale di ogni operatore sanitario e che, al contempo, lo aiuti a pensarsi come una cellula di un sistema più complesso e non più come un'isola. Bisogna inoltre intervenire sul piano economico evitando gli sprechi e la dispersione di somme, frutti della precedente impostazione di finanziamento degli enti pubblici che prevedeva la distribuzione delle risorse economiche in modo generico ed incontrollato.

**Gli psicologi sono ormai una presenza storica nella sanità e, da molti anni, in diverse regioni, tra cui la Sicilia, hanno sollecitato l'avvio di modalità organizzative nuove che dessero maggiore risalto alla specificità della professione e risposte differenziate all'utenza. Questo percorso, non privo di momenti critici, è tutt'oggi in via di sviluppo. Come può tracciarne le prospettive?**

La Sicilia negli anni si è contraddistinta per una particolare attenzione prestata verso la professione di psicologo. Non dimentichiamo che la Regione Siciliana è stata la prima Regione ad attivare servizi specifici di psicologia che furono previsti dalla L.R. 30 del 1993.

La legge sul Servizio di Psicologia ha dato una significativa spinta alla crescita professionale degli psicologi e alla stessa professione che è in continua evoluzione culturale, professionale ed organizzativa; di ciò è prova la crescente domanda di psicologia che emerge in sanità oggi in ambiti diversificati.

Nell'A.U.S.L. 9 di Trapani il Servizio di Psicologia, attivato nel 1996, è ormai una realtà storica che ha consentito l'avvio di ambulatori distrettuali di psicologia, prima inesistenti, ed ha contribuito alla messa a punto di modelli operativi in ambito psicologico-giuridico. Il Servizio di Psicologia ha inoltre offerto un'utile collaborazione ai fini del miglioramento complessivo dei servizi dell'Azienda operando in integrazione con altre strutture.

**In che modo, a suo parere, il Servizio di Psicologia può dare risposta alle nuove sollecitazioni sanitarie concernenti la psicologia?**

Sarebbe opportuno che in tutte le aziende ospedaliere e in tutti i presidi ospedalieri delle aziende sanitarie fossero attivate delle unità operative, anche semplici, di psicologia ospedaliera che possano rendere sistematico l'intervento degli psicologi in favore dei pazienti, dei loro familiari e degli stessi operatori ospedalieri che operano spesso in situazioni di stress.

In particolar modo sarebbe necessario implementare una lettura psicologica dei problemi emergenti in divisioni quali l'oncologia, l'ostetricia, la pediatria, la lungo degenza e la riabilitazione intesa nel suo complesso.

È inoltre ormai improcrastinabile la previsione di psicologi e di unità operative di psicologia dell'emergenza nelle aziende ospedaliere di II livello al fine di garantire un supporto specialistico sia alle vittime e ai parenti sia ai soccorritori.

**Emergono, dalle sue considerazioni, elementi di grande interesse e prospettiva per la nostra professione. Lei pone implicitamente, mi pare, l'attenzione sulla necessità di umanizzare gli ambienti di lavoro e di cura; in che misura ciò è conciliabile con i nuovi trend di efficienza ed efficacia connessi all'aziendalizzazione?**

Aziendalizzazione ed umanizzazione devono andare di pari passo; occorre una trasformazione culturale di ampio respiro al fine di comprendere che l'umanizzazione del rapporto con gli utenti e del rapporto con gli operatori non è in opposizione con i concetti di efficacia ed efficienza i quali, nel contesto dei servizi per la salute, non possono essere intesi in chiave riduttivamente economica. Certamente la formazione, oserei dire permanente, ed in essa la psicologia, ha un ruolo di primo piano nel favorire questa evoluzione culturale. Non a caso nello staff direzionale dell'A.U.S.L. 9 ho voluto due psicologi, il Dott. Antonio De Santis e il Dott. Andrea Pirrone, la cui professionalità ha sicuramente determinato l'instaurarsi di un rapporto relazionale in cui le scelte vengono discusse e condivise collegialmente.

Inoltre, nell'esercizio delle funzioni dirigenziali, compresa la stessa funzione di direttore generale, è fondamentale recuperare la dimensione dell'ascolto, tanto sul versante del rapporto con gli utenti quanto su quello della relazione con gli operatori. La disponibilità ad accogliere le istanze che provengono dal territorio e, più in generale, dall'altro è un valore che va sostenuto e sviluppato nella prospettiva di una de-burocrazia dei rapporti.



## iniziative dell'Ordine

### Lo stato di attuazione della Legge 328/00: identità possibili e scenari futuribili

*Riflessioni sulla Giornata di Formazione: "Ruoli professionali e competenze dello psicologo nelle attività del terzo settore alla luce della legge 328" - Enna 8 Luglio 2005*

#### **Ilenia Adamo - psicologo**

La legge 328/00 è sorretta da un'importante proposta culturale di cittadinanza e di promozione del benessere di tutti, che ruota attorno all'idea della globalità della persona, di un miglioramento della qualità della sua vita, della dignità delle politiche sociali, della rete integrata dei servizi. Rinnovare i servizi sociali per costruire un Welfare più giusto, più equo, più solidale, questo lo spirito della legge che mira ad includere nel tessuto sociale vecchie e nuove forme di emarginazione (barboni, disoccupati cronici, madri single, immigrati non integrati), ma anche offrire assistenza, sostegno e aiuto concreto ad ogni cittadino che si trovi ad affrontare un momento difficile della sua vita, a dedicare parte del suo tempo per assistere un familiare malato, a fare fronte ad un periodo di inattività. Il legislatore intendeva quindi promuovere la costruzione di un sistema integrato di azioni e servizi sociali volti ad avviare il circolo virtuoso comunità > bisogni > sviluppo offrendo una grande occasione di confronto e crescita a tutto il contesto territoriale, con il contributo di tutti gli attori sociali. Abbandonato il carattere riparativo delle precedenti politiche sociali, la legge 328/00 propone di centrare gli interventi sul benessere, sulla promozione e la prevenzione.

Nello scenario nazionale molte sono le difficoltà nel dare pienamente seguito alle disposizioni previste dalla legge 328/00 e la maggior parte dei governi locali tarda ad approvare nuovi Piani Sociali, con il rischio di vanificare l'obiettivo prioritario fissato dal legislatore: quello di garantire standard di prestazioni omogenee sull'in-



tero territorio nazionale. In particolare, la Sicilia pur avendo adottato le linee guida propedeutiche alla definizione del piano socio-sanitario regionale e pur avendo elaborato un testo organico di recepimento della legge nazionale, continua di fatto ad operare sulla base della Legge Regionale n. 22 /86 *Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia*.

Questo dato conferma la natura articolata e complessa dell'area dei servizi alla persona ed alla famiglia che non può trovare lineari risposte di tipo tecnico o politico-amministrativo, ma che chiama in causa, insieme allo stato, alle regioni ed agli enti locali, la sanità, il terzo settore nelle sue diverse componenti, gli enti terzi. Si assume così la convinzione di J. Dewey, che in *"The public and its problems"* nel 1954 scriveva *"Fino a quando il pregiudizio, la segretezza, la cattiva rappresentazione dei bisogni o la semplice ignoranza non saranno sostituiti*

*da un atteggiamento serio di indagine e di vera apertura del processo di costruzione delle decisioni, non potremo renderci conto di quanto l'intelligenza della gente comune possa essere adattata a risolvere i problemi posti dalle politiche pubbliche"*.

Vengono richieste capacità di concertazione da una parte e di governance dall'altra, in una dialettica consapevole che le possibili letture del bisogno umano, e quindi della sue risposte in termini di offerta di servizi, raramente sono univoche chiamando in causa ermeneutiche diverse.

Questo ritardo può divenire però un elemento di vantaggio se ci consente di acquisire una consapevolezza maggiore rispetto ai luoghi ed ai tempi in cui lo psicologo come professionista o come stakeholder può e deve essere presente. Ed infatti tutta la Legge 328/00 apre scenari possibili per un lavoro psicologico diversificato in funzione dei contesti e dei luoghi in cui si esplica.

#### **Ma quali gli spazi per la psicologia come professione sociale nel nuovo Welfare territoriale?**

Secondo quanto previsto dall'articolo 12 della L. 328/00, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, il Ministro per la solidarietà sociale, di concerto con i Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, della pubblica istruzione e dell'università, avrebbero dovuto procedere alla *definizione dei profili professionali delle figure professionali sociali*. Ad oggi si rivela un evidente ritardo nei tempi previsti; è stata istituita una Commissione, presieduta dall'on. Grazia Sestini in cui sono rappresentati i Ministeri competenti e due rappresentanti delle Regioni. Tale Commissione è attual-

mente al lavoro, con il compito di presentare al Governo una proposta di riordino del complesso delle professioni sociali dopo avere realizzato un monitoraggio delle professioni sociali esistenti.

Il tema del riordino delle professioni sociali consente di procedere lungo tre linee di riflessione: a) vi è un problema di garanzia dei diritti dei destinatari delle politiche e dei servizi (standards, LEA, copertura uniforme del territorio nazionale, accesso ecc.); b) vi è un problema di tutela del lavoro in questi campi (formazione, titoli, retribuzioni, carriera ecc.); c) vi è un problema squisitamente nostro, di identità professionale, di psicologi e di psicologie, di saperi consolidati e di nuovi saperi.

La trasformazione del concetto di sanità in quello di salute, e quindi di benessere, apre nuovi spazi professionali per lo psicologo che può avere riconoscimenti sia istituzionali che sociali che di mercato.

Facendo proprio questo pensiero è possibile leggere un filo conduttore tra tre recenti iniziative promosse dal nostro Ordine, il 2° Congresso Regionale dal tema "Progettare e costruire il benessere", il seminario "Agiò e disagio sociale: Progettualità/Interventi individuali e collettivi per lo sviluppo partecipativo", e la Giornata di Formazione tenutasi ad Enna in merito a "Ruoli professionali e competenze dello psicologo nelle attività del terzo settore alla luce della Legge 328".

Fulvio Giardina nella sua relazione finale al Congresso del 2004, intitolata auguralmente "Il contributo degli psicologi allo sviluppo della Sicilia" affermava *"Benessere è un termine vasto, al quale in genere si fa riferimento per indicare uno stato prospero di salute e di vigore fisico, una florida condizione economica, il miglioramento complessivo della qualità della vita, spesso associato ad immagini di spensierata evasione. Credo infatti che le professioni non siano avulse dal loro radicamento nel territorio di riferimento, anzi, alla pari delle parti sociali e dei rappresentanti delle categorie produttive ed imprenditoriali, debbano offrire il loro contributo allo sviluppo del Paese. Infatti, ed è bene ribadirlo, la nostra professione non è semplicisticamente afferente all'area delle libere professioni intellettuali, ma - proprio per le intrinseche specificità che le competono - è legata alle reti dei servizi che una pubblica amministrazione, moderna ed europea, deve fornire ai cittadini."*

Agli psicologi, più che ad altre categorie professionali, spetta il compito di quindi progettare un percorso di miglioramento, coerente con i bisogni emergenti dei nostri concittadini, assumendo pienamente lo spirito della legge 328/00.

Il seminario di Siracusa è stato poi un'occasione per avviare una riflessione sull'identità professionale dello psicologo e sulla sua responsabilità rispetto ad uno scenario sociale che muta con l'emergere di nuovi bisogni, l'indisponibilità di adeguate risorse finanziarie, l'esigenza di percorsi assistenziali sempre più personalizzati e le forti spinte della globalizzazione. Una responsabilità che lo psicologo deve far propria nell'accezione etimologica del termine, ossia come "abilità di risposta", innanzitutto cioè come sguardo acuto sul cambiamento, con i suoi vincoli e le sue possibilità, ma anche come agente di questo cambiamento, catalizzatore di processi e strumento per la diffusione delle buone prassi.

Si arriva così alla consapevolezza della grande occasio-

ne che viene offerta agli psicologi che, tuttavia, si scoprono non adeguatamente formati alla poliedricità di conoscenze e competenze che sono necessarie per essere oggi promotori del cambiamento. L'otto luglio ad Enna la numerosa ed attenta presenza dei colleghi testimonia l'interesse per l'argomento e la ricerca di punti di riferimento per avviare spazi di confronto, di informazione e formazione.

La consapevolezza di questi nuovi scenari porta con sé una serie di interrogativi che meritano la nostra attenta riflessione.

- Come si costruisce l'acquisizione dei saperi (capacità e competenze) nella strutturazione di nuovi profili professionali o nuove competenze nell'impatto con: a) la complessità della fenomenologia sociale; b) nella correlazione tra bisogno sociale, domanda ed offerta; c) con la gestione del Welfare State.

- Come superare, attraverso l'impulso formativo, la cristallizzazione e standardizzazione degli attuali profili professionali nell'ambito delle politiche sociali?

- Come colmare la distanza del mondo della formazione (università in primis) nella costruzione dei profili e nel supporto scientifico necessario alla costruzione di politiche di stampo sociale avanzato?

- Come superare l'ambivalenza degli Enti Locali nella messa in campo di profili professionali "ad hoc" rispetto alla rigidità e poca flessibilità strutturale, rispetto al ritardo attivo di delega (al privato sociale) e dichiarazione di incompetenza (di fronte al sociale), rispetto alla formazione residuale messa in campo dagli Enti Locali stessi?

- Come contribuire a qualificare la galassia del Privato sociale, caratterizzata da frammentazione tra i suoi diversi comparti, da delega ed affidò da parte degli Enti Pubblici, e quindi ancora da precarietà legata alle disponibilità di questi ultimi, come la recente manovra finanziaria ben testimonia?

Nell'intervento sociale vi è un forte contenuto relazionale, riscontrabile nei luoghi della vita quotidiana, tra i quali la famiglia, i contesti socializzanti e ricreativi, etc... La categoria del sociale deve a questi luoghi parte della propria identità poiché essi hanno contribuito a definire come "sociali" gli interventi ed i servizi. Questi servizi, da uno scopo inizialmente assistenziale-riparatorio, vanno sempre più assumendo obiettivi di tutela e di promozione, orientati alla cittadinanza ed all'inclusione sociale. E tuttavia questa premessa storica comporta ancora oggi una difficile definizione dei profili professionali e delle relative aree di competenza. Lo psicologo può così configurarsi come "operatore", poiché possiede competenze tecniche specifiche necessarie a compiere correttamente un'azione, o come "professionista", termine che implica un insieme di conoscenze e di valori che orientano le scelte ed i comportamenti. Appare a noi evidente che il focus della psicologia capace di incidere sul sociale non è dato dall'uso di questo o quello strumento o tecnica ma dal professionista che, se consapevole del proprio paradigma, può anche permettersi una discrezionalità creativa, sul piano tecnico, che diventa risorsa e non limite. Oggi più che mai il professionista psicologo deve alimentare spazi di dialogo e di confronto in cui i modelli teorici rappresentano un punto condiviso a partire dal quale aprire nuovi spazi ad altri punti di vista in un continuo processo dialettico con il reale. Il professionista psicologo può allora contribuire alla lettura dei bisogni della

comunità locale ed alla progettazione di interventi e servizi; può svolgere ruoli di comunicazione e mediazione tra i diversi attori coinvolti, fungendo quindi da garante rispetto ai livelli minimi di assistenza e potendo valutare la presenza della variabile psicologica negli interventi proposti e realizzati; può contribuire a coordinare servizi di front office che implicano un diretto rapporto con il cittadino in termini di informazione, formazione, feedback; può attivamente partecipare alla stesura del Piano di Zona, contribuendo all'analisi dei diversi livelli della realtà ed alla proposta di strategie operative. La possibilità che questi spazi diventino "nostri" in maniera riconosciuta e quindi visibile richiede un impegno notevole della nostra categoria, dall'ordine ai sindacati, dalle associazioni alle università. Ma prima ancora richiede una coscienza individuale di questa opportunità ed una volontà di avviare spazi di confronto e di ricerca-azione.

## Conclusione

Le politiche sociali sperimentano una fase di sviluppo caratterizzata da aspetti di forte trasformazione interna, dovuti anche agli input derivanti dal contesto esterno. Il complesso delle dinamiche evolutive coinvolge da una parte il ruolo del settore pubblico e del sistema imprenditoriale tradizionale nell'offerta di servizi alla persona e, dall'altro, le capacità di autorganizzazione della società civile attorno all'affermazione e alla promozione dei diritti di cittadinanza mediante forme di partecipazione e di coinvolgimento attivo. Un sistema, cioè, che non considera più solo l'area del malessere e dell'emarginazione, ma il disagio dei normali o "a rischio di" e che consente, dunque, di individuare e intervenire sulle nuove possibili aree di disagio dei "normali cittadini" che riguardano:

- le problematiche connesse con la condizione anziana nel suo complesso;
- la dilatazione del lavoro di cura in ambito domestico (in conseguenza dell'adolescenza prolungata, dell'inserimento ritardato dei giovani nel mercato del lavoro e della longevità dei genitori anziani che richiedono sostegno ed aiuto);
- l'allungamento dei tempi di attesa per trovare il primo lavoro e con le problematiche relative a nuove forme di disoccupazione legate alle trasformazioni del mercato del lavoro;
- l'essere vittime dell'illegalità e delle altrui situazioni di disagio conclamato;
- una condizione generale di insicurezza e solitudine che spesso affligge i cittadini e soprattutto le categorie più vulnerabili (donne, bambini, anziani, immigrati).

Lo scenario presenta diversi elementi, quali:

- maggiore e più qualificata richiesta di servizi alla persona;
- qualità dell'intervento richiesto;
- tendenza del pubblico a "programmare" e "controllare" e conseguentemente a "delegare" la gestione di servizi alla persona;
- nascita e crescita di enti non profit erogatori di servizi alla persona;
- nuovo quadro legislativo di riferimento;
- necessità di ridurre la spesa pubblica attraverso la razionalizzazione degli interventi e, al contempo, qualificare le prestazioni socio-sanitarie-assistenziali.

Pertanto, se questo è il quadro dentro il quale muovere

l'azione sociale, l'orientamento non può che essere quello di sviluppare politiche che "intervengano dal basso", attraverso la partecipazione dei cittadini alla costruzione dei piani sociali, la promozione di iniziative solidaristiche che si muovano dentro una strategia di intervento di rete e la costruzione di servizi da parte di operatori sempre più qualificati.

Si devono, inoltre, ricercare e sperimentare modelli nuovi e innovativi in grado di soddisfare meglio i nuovi bisogni, utilizzare le potenzialità degli strumenti tecnologici, anche on-line, qualificare e riqualificare nuove figure professionali in grado di garantire "nuovi servizi" per "nuovi bisogni", sperimentare modelli organizzativi e nuove forme di erogazione di servizi socio assistenziali in grado di far emergere nuovi bacini occupazionali e dare, infine, un contributo alla crescita occupazionale.



*I partecipanti alla giornata di formazione*

Si tratta, dunque, di agire all'interno di una prospettiva comunitaria, che veda l'integrazione delle risorse pubbliche, private e di volontariato e che sia caratterizzata da una forte flessibilità, differenziazione e personalizzazione delle prestazioni.

Si rileva ancora la necessità di indicare possibili percorsi di riqualificazione professionale che si attengano alle necessità di un impianto nazionale-regionale unitario, ma anche ad una presenza di servizi fortemente caratterizzata dalla disomogeneità.

L'obiettivo da perseguire deve essere quello di attivare un sistema integrato di ricerca/azione e di formazione nell'ambito delle nuove frontiere delle politiche sociali per permettere, da un lato, di valorizzare tutto il know-how proprio della professione di psicologo e, dall'altro, di integrarlo con nuovi saperi di confine che gli consentano di svolgere questo ruolo di cooperazione e mediazione.

Si apre a questo punto un possibile altro capitolo, quello delle domande difficili attorno alla formazione: quali percorsi, quali modelli, quali maestri?

Promuovere uno spazio organizzato di pensiero, che fondi l'osservazione prima e quindi l'azione, è questo l'invito che mi piace rivolgere ai colleghi che scelgono di fare del cambiamento il loro mestiere, perché tale è ed è arte che segna la supremazia dell'intelligenza del fare su quella del puro pensare lasciando un tangibile segno nelle vite degli uomini nello spazio e nel tempo.

## Convegno: "Agio e disagio sociale: progettualità/interventi individuali e collettivi per lo sviluppo partecipativo"

Siracusa 24-25 giugno 2005

### Alessia Magnano - psicologo

Come ogni anno, sullo sfondo di un clima tipicamente estivo, si è svolto a Siracusa, il Convegno, organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana, inerente i temi dello sviluppo sociale in riferimento all'andamento dei consumi.

È in un'ottica di scambio, che autorevoli esponenti del settore, condividono l'esigenza di confrontarsi su possibili soluzioni a problematiche sociali emergenti, godendo, allo stesso tempo, di quanto di meglio, la città di Siracusa offre ai suoi ospiti nel mese di giugno.

Hanno partecipato con vivo interesse Claudio Bosio, Roberto Cafiso, Florencio Castro, Nicola De Carlo, Santo Di Nuovo, Luigi Ferrari, Cesare Kaneklin, Fulvio Giardina, Orazio Licciardello, Don Giuseppe Lombardo, Gianni Panebianco, Arrigo Pedon, Gianpiero Quaglino, Dario Romano, Giuseppe Santisi, Giuseppe Scaratti e Giovanni Sprini.

Il tema dei consumi e dei climi sociali segna il punto e delinea le prospettive future. La via per intervenire efficacemente sul sociale è quella di superare vecchi modelli ed agire a livello MACRO. In questa dimensione dobbiamo occuparci, innanzitutto, di "comunicazione" al fine di ristabilire e regolare i rapporti sociali

Fino a questi ultimi anni, gli economisti non hanno mai prestato attenzione al consumatore e alle sue effettive necessità dedicando molto più tempo ad analizzare l'offerta.

Recentemente, sia in ambito politico che economico, si riscontra un interesse crescente per i temi legati alla "felicità" e alla "soggettività". Entrambi oggetto di studio della psicologia e come tali difficilmente trasferibili ad altri contesti. L'attenzione, infatti, rivolta alla soggettività da parte di scienze sociali cosiddette "dure" non coincide con un'apertura di credito verso la psicologia ma semmai col tentativo vano di riformulare tali categorie con paradigmi inadeguati. Il rischio è di trasformare in psicologia

"ciò che psicologia non è".

D'altro canto, la stessa psicologia, non è attrezzata ad affrontare i problemi legati al macrosociale poiché, da sempre, ha analizzato la soggettività in termini d'individualità.

Non si possono continuare a dare risposte individuali se il disagio assume una dimensione sociale, se il cliente non è l'individuo ma la società.

Dal punto di vista della ricerca poi, quest'ultima si è spesso rivelata idonea a studiare il sociale utilizzando indicatori articolati in modo universale e poco adeguati ad un'analisi globale.

Da tempo è stata acquisita la consapevolezza che le scelte dei consumatori rispondono ad esigenze di tipo materiale e psicologico. L'analisi psicologica consente agli economisti di identificare le condotte del consumatore al fine di aumentare la competitività e combattere la concorrenza.

La ricerca psicologica sui *climi sociali* e di consumo risulta, dunque, utile per ricollocare la psicologia sui temi del benessere sociale e in dialogo con le scienze economiche e politiche.



Alcuni relatori al Convegno

La nozione di "clima" si riferisce al "sentiment" del consumatore che non equivale a sentimento, ma semmai ad un modo di sentire di percepire la realtà.

Da una ricerca avviata nel 2001, è emerso che nell'ultimo periodo, il sentiment del consumatore si colloca a livelli minimi rispetto al passato.

Significativa è apparsa la differenza riscontrata nel modo di percepire la realtà tra pubblico e privato. Mentre il consumatore privato si percepisce stabile, l'Italia come Paese è percepita "ai minimi storici". Il privato sembra dominabile, il pubblico no!

Nei momenti di crisi il calo di fiducia nel pubblico è maggiore rispetto a quello che abbiamo in noi stessi.

La fiducia istituzionale l'acquiamo dall'esterno, mentre la fiducia in noi stessi è un tratto di base che si possiede sin da piccoli e come tale più difficile da sradicare.

Sempre in ambito pubblico, allarmante risulta la percezione relativa della sicurezza sociale sia in riferimen-

to al proprio posto di lavoro che al sistema paese. Tale dato risulta ancora più sconcertante se si considera che il tema della sicurezza oltre a rappresentare un importante valore di per sé, incide negativamente sull'orientamento dei consumi.

Ad influire in modo critico sui consumi, contribuisce l'immagine negativa con cui vengono rappresentati i politici afferenti ad entrambi gli schieramenti di centro-destra e centro-sinistra. Il 17% dei soggetti intervistati ha dichiarato di avere ridotto, negli ultimi mesi, il sentimento di appartenenza politica.

Ancora più critica risulta la percezione relativa al contributo che gli attori economici sanno dare all'economia del Paese.

In ambito privato, l'osservazione dei comportamenti di consumo ha messo in luce una duplice tendenza, da un lato una buona capacità di adattamento che spinge a far realizzare comunque i propri obiettivi di consumo, dall'altro la richiesta di uno sforzo

eccessivo per far rientrare le spese ordinarie.

L'analisi qualitativa del consumatore fa emergere una trasformazione antropologica dello stesso. Il nuovo consumatore, definito "neoconcreto", si caratterizza per alcuni aspetti: è antisuggestivo, mobile, pragmatico, defideizzato, distaccato, si oppone al deconsumo, è un ottimizzatore dei costi benefici.

I consumi sono "pratiche dotate di senso". Le condotte di consumo diventano pratiche allorquando si comincia a dare loro dei significati, quando vengono narrate. La scala gerarchica di classificazione dei prodotti non si basa solo sulle semplici caratteristiche tecniche ma assume importanza fondamentale il criterio estetico e l'immagine. I prodotti creano significati e viceversa. Quasi sempre, i significati attribuiti sono quelli socialmente condivisi.

Analizzando i consumi dell'ultimo periodo, si prevede un calo, nei prossimi venti anni, pari circa al 70% con gravi conseguenze a livello psicologico.



Le rappresentazioni teatrali delle tragedie a Siracusa, parte importante del programma sociale del Convegno

Lo sviluppo affettivo e cognitivo dell'individuo è influenzato dal contesto in cui vive. Un mondo dove non vi è più sviluppo rallenta senz'altro la crescita psicologica. La capacità di creare e progettare è strettamente correlata alla quantità di risorse disponibili.

Lo sviluppo sociale è stato sostenuto, per anni, da alcune immagini collettive che oggi non producono più progresso e non fanno diminuire il disagio.

Per molto tempo, si è creduto che la scienza avrebbe risolto ogni problema sociale. Ciò ha portato le comunità ad assumere un atteggiamento di delega nei confronti degli esperti convinti che la risposta a tutti i problemi potesse trovarsi nella specializzazione delle professioni.

Se si vuole intervenire efficacemente sul disagio sociale bisogna muoversi nella direzione di "uno sviluppo partecipativo" che spinga le comunità locali ad attivarsi a prendersi cura dei loro stessi problemi.

Un'altra convinzione errata è stata quella d'intendere la flessibilità in termini di precarietà. La flessibilità non autorizza la perdita di coscienza. Essere flessibili non significa perdita di valori ed accettazione di tutto in modo indiscriminato: "Oggi, va bene tutto e il contrario di tutto".

Il rifiuto della realtà come difesa porta all'identificazione con i capi e al diniego di tutto ciò che è traumatico, che non può essere affrontato. Aumenta l'apatia, l'assenza di emozioni, il sadismo, espressione di un bisogno di possesso e di una ricerca continua di punti di riferimento.

Occorre costruire il futuro per "progettazione creativa" non aspettando di sapere prima di agire. Attraverso la logica della ricerca-azione occorre imparare mentre si fa ed imparare dagli altri.

Il tema della progettualità richiama quello della formazione. La formazione registra nell'ultimo periodo, gravi note di criticità. La sua crisi dipende dalla sua formula che tende ad assimilarsi sempre di più al sistema organizzativo.

L'*empowerment*, il *counseling*, il *catching* sono beni che non possono essere venduti a poco prezzo e in tempi brevi.

L'innovazione tecnologica, il marketing, la qualità, punti di forza delle organizzazioni, producono effetti controintuitivi. Per esempio, non sempre l'innovazione tecnologica porta ad un risparmio di tempo così come una maggiore attenzione per la qualità ha come inevitabile conseguenza un aumento della burocrazia.

La formazione, che ha morfogeneticamente il significato di dare forma, deve passare attraverso le *categorie dell'ascolto, del dialogo, della cura, dell'errore*. Quest'ultimo è il fondamento di ogni apprendimento se non impariamo ad accettare l'errore non vi sarà alcun apprendimento anche se, attualmente, è presente un messaggio organizzativo che punisce l'errore. Il passaggio dall'esperienza alla riflessione sull'esperienza è fondamentale per la crescita individuale e professionale. Se non si esplorano le categorie della sofferenza non si arriva alla felicità.

Il consumo, in sintesi, non è l'unico paradigma del cambiamento, forse allora possiamo attribuire la crisi della formazione al fatto che la psicologia abbia tralasciato la sua materia di base, "la cura del sé nel percorso di cambiamento". Bisogna ripensare al setting dell'apprendimento e alle sue regole ed arrivare laddove l'apprendimento coincide con il cambiamento.

## Ordine degli psicologi della Regione Siciliana

### Commissione Produzione Servizi

Maurizio Cuffaro  
Giuseppe La Face  
Gina Merlo  
Antonio Sperandeo

### Breve nota sugli Studi di Settore

L'amministrazione finanziaria ha emanato il decreto che fissa termini e condizioni per l'attuazione dei c.d. Studi di Settore. Sulla base delle dichiarazioni reddituali delle diverse categorie professionali effettuate nel 2004 su redditi 2003, vedi allegato Studi di Settore al Modello Unico 2004 per dichiarazioni di reddito professionale 2003, l'Agenzia per le entrate effettuerà un monitoraggio di controllo nel corso del 2005 e sulla base delle dichiarazioni che saranno presentate entro quest'anno.

Gli Studi di settore diventeranno definitivi entro il 31 marzo 2007, a meno che gli Studi sui redditi di quest'anno non verranno ritenuti sufficienti.

In tal caso questa data verrebbe anticipata al Marzo del 2006.

Questi Studi di settore, come si può evincere dal modello per il 2005/Redditi 2004 in fase di pubblicazione, che trovate allegato alla presente nota, si basa su alcuni criteri che definiscono la tipologia specifica della prestazione professionale, l'organizzazione fisica e strumentale dello studio o dell'attività, il numero di clienti, le spese sostenute ed i ricavi conseguiti. Gli Studi, in questo modo, stabiliscono i livelli medi di guadagno che rappresentano il riferimento per effettuare la selezione dei contribuenti da sottoporre a controllo.

Lo Studio di settore per la professione di Psicologo ha la sigla: TK20U (che sostituisce la SK20U).

Dalla nota tecnica e metodologica allegata si possono desumere le tabelle dei coefficienti di valutazione e la lista delle variabili per l'applicazione dello studio.

I contribuenti che dichiarano ricavi o compensi di ammontare non inferiore a quelli risultanti dall'applicazione degli studi di settore non sono assoggettabili ad accertamento ai sensi della legge 8 maggio 1998 n. 146.

L'accertamento, una volta approvato definitivamente lo studio, avrà valore anche retroattivamente.

Riteniamo fare cosa utile per i colleghi pubblicando sul sito dell'Ordine il Modello da allegare alla dichiarazione dei redditi e la Nota Tecnica e Metodologica.



# La professione

## Psicologi in Italia: quale futuro per la professione?

Paolo Bozzaro - segretario regionale AUPI

**A**l di là delle rappresentazioni idealizzate dello psicologo, che riscontriamo negli studenti di psicologia e nell'immaginario collettivo nutrito dai mass media, la situazione professionale e lavorativa degli psicologi italiani appare fortemente critica e secondo alcuni già in fase recessiva.

I numeri non descrivono certo una situazione positiva. Attualmente in Italia risultano iscritti all'Ordine **48.500** psicologi. Di questi circa **6.280** sono dipendenti (o convenzionati) del Servizio Sanitario Nazionale. Altri **1500** circa dipendono da altri Enti Pubblici o Privati. Gli iscritti all'ENPAP (=psicologi che hanno percepito redditi da lavoro professionale) per il 2004 sono stati solo **22.120**. Ciò significa che c'è una quota di circa **19.000** 'psicologi' che o non lavora o si occupa d'altro.

Fra gli iscritti ENPAP il **22%** ha dichiarato redditi annui inferiori ai 10.000 euro lordi; il **45 %** superiori ai 10.000; solo il **23 %** dichiara di superare i 20.000 euro lordi.

Per una professione relativamente 'giovane' questi dati potrebbero anche essere ritenuti 'fisiologici'. Si sa che l'avvio professionale è piuttosto difficoltoso e lento anche per professioni solide e forti come quella dei medici o degli avvocati. Ci sono tuttavia altri segnali che non promettono nulla di buono: la categoria non mostra al proprio interno forte senso di identità e di appartenenza, non esprime né leadership riconosciute né aggregazioni istituzionali solide, le varie realtà occupazionali non sono parti di uno stesso sistema. Sono passati trent'anni dall'istituzione dei primi corsi di laurea, ma ancora oggi è evidente l'assenza di una politica professionale unitaria in grado di connettere in modo coerente i momenti della formazione con gli obiettivi della professione e la pratica professionale con la domanda sociale.

Malgrado questi segnali sconfortanti, gli iscritti ai Corsi laurea crescono in modo spaventoso: nel 2003 sono stati **8.206**; nel 2004 **12.186**. In contemporanea sono spuntati dal nulla nuovi Corsi di laurea in Psicologia, lauree brevi e specialistiche (complice una 'riforma universitaria' che non piace a nessuno, ma che continua a 'produrre' effetti perversi sull'intero sistema). Si calcola che nei corsi di laurea in psicologia disseminati in **26** Università ci siano in 'formazione' **55.000** studenti, che prima o poi si affacceranno sul mondo della professione.

Ma ha un senso tutto ciò? Non è legittimo pensare che, al di là delle competenze che saranno in grado di acquisire, questi futuri colleghi molto probabilmente andranno a rimpolpare i 19.000 in cerca di 'occupazione psicologica', che già esistono? E con quali altri effetti collaterali sull'intera categoria e sulla professione?

Per **Paolo Michielin** (ex Presidente del Consiglio

Nazionale dell'Ordine e adesso docente di Psicologia Clinica all'Università di Padova) l'unica vera causa del peggioramento delle prospettive occupazionali è stata la crescita abnorme del numero degli psicologi in così poco tempo. In un decennio si è semplicemente triplicato: "*La plethora psicologica* - afferma Michielin - *è un fenomeno che non ha attualmente alcun governo e che non può trovare risposta in un allargamento della domanda sociale di interventi, di attività e di prestazioni psicologiche, nello sviluppo di nuovi settori o in qualsiasi altra utile iniziativa dell'Ordine, del sindacato o delle associazioni scientifico-professionali: nessuna professione può reggere questi ritmi di crescita [...]. La plethora, anzi, crea effetti distortivi e perversi sul mercato professionale: l'enorme disponibilità di tirocinanti, volontari... permette al pubblico e al privato di fornire prestazioni psicologiche, di avviare nuove attività psicologiche, di mantenere in piedi servizi... a costo zero, facendo venir meno la necessità di assumere psicologi e distruggendo spazi professionali riconosciuti e retribuiti*".

Indispensabile e urgente, a questo punto, l'introduzione in tutti i corsi del numero programmato, il ridimensionamento drastico dell'attuale consistenza dei corsi di laurea in psicologia, il tentativo di affrontare in modo organico e unitario la difficile situazione.

C'è chi, di fronte a questi numeri di laureati, ricorda che per diventare un buon psicologo la laurea è solo un primo passo, necessario ma non sufficiente. Allo studio teorico occorre affiancare anche un lavoro di formazione personale e un ulteriore percorso di specializzazione. I tempi in questo modo si allungano e, tenendo conto anche degli alti costi della formazione post universitaria, c'è da ritenere che nel tempo si produrrà una certa 'selezione', per cui al traguardo professionale finale approderà (dopo 5/6 anni) un numero nettamente minore rispetto a quello dei laureati.

Questo ragionamento, in parte corretto, non tiene conto del fatto che l'unico sbocco 'specialistico', incentivato in questi anni, è stato quello della *psicoterapia* e che proprio questo settore delicato e complesso appare oggi pericolosamente inflazionato da una estrema e confusa varietà di offerte e di proposte formative, non tutte sostenute dal rigore metodologico della migliore tradizione psicoterapica e non confortate da documentate prove di efficacia.

All'offerta di formazione quadriennale delle Scuole di Psicoterapia, sorte anch'esse come funghi in ogni regione d'Italia (**276** le sedi di scuole private riconosciute dal M.I.U.R.) si vanno aggiungendo miriadi di corsi e corsetti, che utilizzando la suggestione semantica del termine 'psico' o del termine 'terapia', propongono strumenti e tecniche sulla cui effettiva validità c'è molto da discutere.

Anche questa crescita abnorme e disparata di offerta



formativa psicologica è più un segnale di crisi che non di vitalità. I contenuti di queste offerte, nella maggior parte dei casi, non fanno che riproporre in stile didattico-assertivo modelli e teorie ad alto tasso di autoreferenzialità, presentate come dei pass-partout utili per ogni settore, accompagnate da qualche 'strumentino' o 'giochino' psicologico che fa 'scena', ma non produce professionalità! Raro trovare offerte formative centrate su metodologie 'controllate', derivate da esperienze o ricerche ben documentate, oppure orientate a far acquisire precise competenze da spendere in ambiti occupazionali ben definiti.

Anche in ambiti disciplinari quali quello della psicologia delle organizzazioni e del lavoro o quello della psicologia dell'educazione... - che godono ormai di un certo accreditamento accademico e di una relativa identità professionale - non è facile per i giovani colleghi individuare percorsi occupazionali lineari: le aziende con una forte 'cultura d'impresa' sono rare (specie nel meridione) e nelle scuole la presenza degli psicologi è ancora legata ad una concezione più 'clinica' che non 'di sistema'.



Conseguenza diretta di questa situazione è una debole 'professionalizzazione' dello psicologo, causa ed effetto insieme di una incertezza occupazionale, che resta tale anche per anni.

Non trovando offerte di lavoro centrate su specifiche competenze psicologiche, il giovane psicologo finisce con l'accettare ruoli più generici e vaghi ('educatore', 'animatore', 'operatore', 'formatore', 'mediatore', 'consulente...').

E poiché queste identità professionali 'incerte' abbondano in genere in contesti occupazionali altrettanto 'incerti' (in enti e associazioni, cooperative e settori, che vivono per lo più grazie a progetti e a finanziamenti pubblici), lo psicologo finisce con il 'confondersi' con gli altri operatori, rinunciando a esprimere la sua specifica professionalità, che così non ha modo di emergere e di crescere.

Così, dopo vari decenni di "sperimentazione sul campo" e una legge ordinistica di tutela, la figura professionale dello psicologo non appare in Italia ben collocata e ben identificabile nel panorama delle professioni e quella dello psicoterapeuta (malgrado la chiarezza delle norme di accesso e la buona posizione raggiunta in ambito Sanitario) è ancora lontana da un serio accreditamento scientifico e da una solida tutela normativa.

Cosa fare per contrastare questo processo di 'erosione' di una professione che - malgrado le difficoltà occupazionali - mantiene una forte potenzialità e continua ad esercitare una forte attrazione tra i giovani e un fascino particolare

nell'immaginario collettivo? Come evitare che l'inflazione numerica dissolva le opportunità lavorative consolidate?

La debolezza e l'erosione dell'identità professionale non aiuta la 'domanda sociale' di psicologia - non solo richieste di aiuto, ma anche di conoscenza, di orientamento, di consulenza, di interpretazione... - ad andare verso gli psicologi. Questi poi a loro volta non appaiono né preparati né attrezzati (sul piano organizzativo) a individuare, intercettare e canalizzare questa domanda verso la propria professione. Succede così che una buona parte della domanda psicologica si disperde, un'altra parte viene 'ridefinita' in modo da essere 'trattata' con altri mezzi da categorie professionali più forti (la 'medicalizzazione' di ogni disagio psichico ne è l'esempio più evidente), una parte non indifferente viene 'catturata' da pseudo-psicologi dalle identità incerte (mediatori, counsellors, reflectors, coach, trainers...) che promettono soluzioni rapide e decisive per ogni tipo di disturbo o di problema...

Qualcuno sostiene che l'Ordine dovrebbe tutelare meglio gli psicologi, denunciando più apertamente chi fa abuso di professione non avendone né gli strumenti né le competenze. Ciò è in parte vero. Ma un'azione puramente difensiva non basta. Non serve molto 'scandalizzarsi' dello scenario di libere concorrenze e libera circolazione di idee e di offerte di cura, pensando di poterlo monitorare attraverso tutele preventive e selettive da parte dell'autorità statale.

La vera questione è un'altra: individuare le forme e i modi attraverso i quali far crescere la professionalità degli psicologi, consolidandone anzitutto gli elementi di identità e di riconoscimento, ma anche la specificità.

Da un punto di vista sociologico sono almeno tre i requisiti che definiscono lo status di una professione: *un repertorio di saperi strutturato* cui fare riferimento per la pratica professionale; *l'autonomia* nell'esercizio del ruolo rispetto agli obiettivi e ai processi; un certo potere di *autoregolazione* da parte della comunità dei professionisti sugli aspetti della professione (formazione, accesso, deontologia...) a garanzia delle prestazioni offerte agli utenti. Formalmente questi requisiti la professione di psicologo li ha raggiunti.

Nella pratica professionale, tuttavia, essi non sono ancora così bene implementati, generalizzati ed espressi da renderli immediatamente riconoscibili e valutabili come caratteristiche comuni di ogni psicologo. Ne deriva un *accreditamento sociale* della categoria ancora debole. Non tutti gli psicologi sono ritenuti professionisti in grado di rispondere in modo efficace e convincente a bisogni, esigenze, domande che le persone, i gruppi, le comunità comunque esprimono e in parte perché il monitoraggio sulla qualità degli interventi non è ancora diventato prassi consolidata e condivisa.

Di fronte a questo visibile scollamento fra formazione e professione, fra le rappresentazioni ideali della professione e le difficoltà occupazionali il lavoro di ricucitura e di raccordo appare estremamente difficile, ma non impossibile.

Ad una condizione però: che tale obiettivo divenga un obiettivo simultaneamente prioritario per chi si occupa di formazione (in primo luogo l'Università e le Scuole di formazione), per chi rappresenta e organizza la professione (Ordine, Associazioni di categoria, Sindacati...), per chi professionalmente la esercita nei vari contesti sociali.

## La SPAN:

### Una nuova associazione per gli psicologi che si occupano di neuropsicologia

*Michelangelo Ferrara - psicologo*

*Emilia Imbornone - psicologo*

**C**hi si occupa di neuropsicologia? Chi è un "neuropsicologo"? Un medico, un terapeuta, uno psicologo? Già nel nome la neuropsicologia sembra combinare due distinte aree disciplinari e - come se non bastasse - in tale ambito è possibile rinvenire differenti figure professionali, come neurologi, geriatri, psicologi, terapisti, etc.

Questo è lo stato dell'arte, in Italia, di una disciplina nata dalla neurologia, dall'osservazione clinica del cerebrioso, e approdata progressivamente alla psicologia, che ha il merito di arricchirne le ipotesi esplicative mediante importanti contributi teorici, tra i quali, spicca quello della psicologia cognitiva.

Se è vero che la multiprofessionalità in un'area di intervento rappresenta una ricchezza, è altrettanto vero che il rischio di una confusione di ruoli e competenze è sempre in agguato: chi fa cosa, chi sa cosa?

In tale panorama, il fatto che non sia ben distinta l'area di intervento delle varie professionalità, talvolta considerate intercambiabili, comporta dei costi organizzativi, relazionali, professionali e legati all'efficacia dell'intervento sul paziente.



È nata così l'idea di alcuni psicologi operanti nell'area della neuropsicologia nell'ambito di tutto il territorio nazionale, i quali hanno deciso di riunirsi in un'associazione scientifica e professionale fondata giusto quest'anno a Milano.

L'associazione è stata denominata - rievocando un noto concetto della psicologia cognitiva - "SPAN": "Società degli Psicologi dell'area Neuropsicologica" ed è nata per rappresentare la comunità degli psicologi che si occupano di neuropsicologia clinica nei suoi aspetti diagnostici e riabilitativi.

È opportuno precisare, a scanso di equivoci, che la SPAN è un'associazione senza fini di lucro, né sindacali e che alla stessa possono aderire come soci ordinari tutti gli psicologi iscritti alla sezione A dell'albo sul territorio nazionale, che si occupano di neuropsicologia clinica e riabilitativa, ed altresì come soci in formazione i neolaureati e gli studenti italiani e stranieri dei corsi di laurea in psicologia.

La neuropsicologia clinica è un settore della nostra disciplina che negli ultimi anni ha acquisito rilevanza anche in virtù di variabili socio-demografiche, economiche e, pertanto, non solo puramente psicologiche.

L'allungamento della vita e il conseguente invecchiamento della popolazione ha determinato un aumento delle patologie cerebrali ad esso associate, tra le quali la demenza costituisce una delle forme più invalidanti. Si pensi alla malattia di Alzheimer per la quale l'intervento terapeutico precoce viene da più parti ritenuto auspicabile al fine di un rallentamento nella progressione della patologia. Nel processo diagnostico delle prime fasi della malattia e nell'individuazione di possibili fasi premorbuse della stessa (Mild Cognitive Impairment; Cognitive Impairment No Dementia), la valutazione neuropsicologica assume un ruolo centrale, consentendo un intervento precoce, sia di tipo farmacologico, che non farmacologico (stimolazione cognitiva, ROT, etc) quest'ultimo, di prevalente pertinenza della neuropsicologia riabilitativa.

Ancora, i progressi della neurochirurgia, delle tecniche rianimative e dell'assistenza medica in generale, hanno comportato non solo un aumento dell'attesa di vita dei pazienti colpiti da patologie neurologiche, ma anche maggiori probabilità di sopravvivenza nei casi di lesioni cerebrali dovute a ictus, tumori e traumi cranici (TC). Tali patologie producono frequentemente deficit di natura neuropsicologica, che determinano un ridotto recupero funzionale, una limitazione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana e della qualità di vita, interferendo sulle possibilità di ripresa lavorativa e/o scolastica ed assumendo toni tanto più drammatici, quanto più coinvolgenti una popolazione giovanile (20-30 anni), qual'è quella che rappresenta la maggioranza dei TC.

Il 10 e 11 giugno 2005, si è tenuta a Verona la "Conferenza nazionale di Consenso" sui "Bisogni riabilitativi ed assistenziali delle persone con disabilità da grave



*cerebrolesione acquisita e delle loro famiglie, nella fase post ospedaliera”.*

In tale sede, il presidente della SPAN, dott.ssa Maria Grazia Inzaghi, in collaborazione con la dott.ssa Nicoletta Beschini e con dott.ssa Anna Cantagallo, ha presentato un lavoro sull'efficacia dei trattamenti neuropsicologici: è stato evidenziato come, alla luce della letteratura in materia, sia auspicabile che ogni soggetto con grave cerebrolesione acquisita possa avvalersi di una valutazione neuropsicologica accurata e, qualora ve ne sia l'indicazione, di un progetto specifico di riabilitazione volto ad un miglioramento cognitivo, funzionale, della qualità di vita e dell'autonomia del paziente e, ove possibile, un reinserimento sociale, scolastico e lavorativo.

Purtroppo, alla crescita del bisogno di interventi neuropsicologici in termini di diagnosi e di progetti riabilitativi, non è seguita un'uguale crescita dell'“offerta”. È noto che in Italia, ma soprattutto in Sicilia, esiste ancora un numero molto limitato di centri di riabilitazione cognitiva, il più delle volte privati; tale stato di cose implica sovente dei “viaggi della speranza” in strutture allocate in altre regioni, con gli immaginabili costi sia economici, sia legati all'esito del processo terapeutico.

La letteratura riporta, infatti, che in molti casi un intervento efficace deve essere, prima di tutto, precoce, massivo e prolungato, elementi difficilmente conciliabili con la distanza che separa i centri di “cura” e il luogo di residenza del paziente.

A ciò si aggiunga che, in alcune strutture, gli interventi neuropsicologici sono messi in atto da figure professionali diverse dallo psicologo; prassi che può condurre ad un uso non sempre razionale degli strumenti testologici e riabilitativi.

Accade, inoltre, che gli stessi psicologi che si occupano di neuropsicologia clinica, in particolare di riabilitazione, si trovano, talvolta, scientificamente isolati e bisognosi di uno spazio in cui condividere esperienze, discutere problemi, approfondire tecniche e conoscenze.

Alla luce della suesposta situazione, la SPAN si è proposta di conseguire i seguenti obiettivi:

**a.** Rappresentare la comunità degli psicologi che si occupano di Neuropsicologia Clinica, nei suoi aspetti diagnostici e riabilitativi, in conformità con le norme della legge 56/89, che ordina la professione di psicologo, presso Enti, Istituzioni nazionali e internazionali, Ministeri competenti, Regioni e Università, e ciò sotto il profilo scientifico, deontologico e promozionale.

**b.** Favorire e promuovere, con particolare riferimento alla formazione dei giovani laureati, la ricerca e lo studio

nell'ambito della Neuropsicologia Clinica, nei suoi aspetti diagnostici e riabilitativi.

**c.** Sviluppare il dibattito e l'aggiornamento fra professionisti, operatori e ricercatori dei settori sopra indicati nel pubblico e nel privato, nello spirito di un aperto confronto tra modelli, orientamenti, linguaggi e prassi cliniche differenti.

**d.** Organizzare e mettere a disposizione dei Soci strutture di informazione, ricerca e di formazione idonee a valorizzare la professionalità dello psicologo-neuropsicologo.

**e.** Svolgere attività finalizzate ad adeguare le conoscenze professionali degli associati stessi al progresso scientifico e tecnologico, a migliorare le competenze e le abilità cliniche, diagnostiche, riabilitative e manageriali con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alle prestazioni sanitarie erogate.

**f.** Promuovere l'istituzione e l'organizzazione di appositi Corsi e Seminari, nella logica dell'attività formativa ECM (Educazione Continua in Medicina), per lo studio e l'apprendimento teorico-pratico della Neuropsicologia Clinica, nei suoi aspetti diagnostici e riabilitativi, anche in collaborazione con il Ministero della salute, le regioni, le Aziende Sanitarie, gli altri organismi e istituzioni sanitarie pubbliche o private.

**g.** Promuovere attività di studio e di ricerche scientifiche finalizzate e rapporti di collaborazione con altre società e organismi scientifici.

In funzione di tali obiettivi, la SPAN si propone di collaborare con l'Ordine degli Psicologi, con le Università e con tutte le associazioni scientifiche che operano nella medesima area al fine di creare delle sinergie per la crescita istituzionale, professionale e culturale dello psicologo che si occupa di neuropsicologia.

Chiunque fosse interessato a ricevere chiarimenti, porre domande o aderire all'associazione può contattare i referenti della SPAN per la Regione Sicilia, Emilia Imbornone (emiliaimbornone@hotmail.com) e Michelangelo Ferrara (mic.fer@tiscali.it). In alternativa è possibile contattare anche il presidente, Maria Grazia Inzaghi (npsberetta@tin.it) ed il segretario, Matteo Sozzi (msozzi@form.unitn.it) dell'associazione.



## Corso Pratico finalizzato alla Presa in Carico Globale del Soggetto con Sclerosi Multipla: descrizione di un percorso.

Gianna Scimeca - psicologo

Giovanni Scaletta - psicologo

Roberta La Barbera - psicologo

**N**ei giorni 27 e 28 Maggio 2005, si è tenuto presso la Comunità Educativa-Centro di Riabilitazione per Disabili di Palermo il Corso Pratico finalizzato alla Presa in Carico Globale del Soggetto con Sclerosi Multipla, evento per il quale l'Ordine degli Psicologi ha concesso il patrocinio oneroso. L'iniziativa è stata anche patrocinata dalla Sezione Provinciale dell'AIMS di Palermo e dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Palermo. Ha introdotto i lavori il Sac. Dott. G. Scaletta, direttore tecnico della Comunità Educativa, che ha contestualizzato l'organizzazione del corso tra le iniziative formative organizzate dal Centro, con lo scopo di attivare una riflessione scientifica sull'agire riabilitativo, per impostare l'operatività della Struttura secondo i parametri della ricerca-azione, in cui il cambiamento si coniuga con il tentativo di comprensione scientifica dei principi che lo sostengono. L'evento è stato presentato come un'opportunità di contribuire alle iniziative di sensibilizzazione ed informazione organizzate nel corso della Settimana Nazionale della SM (Sclerosi Multipla) che si è svolta dal 14 al 22 Maggio, incentrata quest'anno sulle difficoltà dei giovani con SM. I soggetti tra i 20 ed i 40 anni, infatti, in base alle ultime stime, rappresentano il 48% delle persone colpite dalla patologia. Il dott. Scaletta ha presentato alcuni dati relativi all'utenza affetta da SM, seguita presso la Comunità Educativa. Negli ultimi 7 anni gli utenti assistiti sono stati complessivamente 50, di cui 33 femmine e 17 maschi, con 10 soggetti che all'inizio del trattamento avevano meno di 40 anni. La maggior parte dei soggetti affetti dalla patologia ha cominciato, però, ad avvertire i segni della malattia in giovane età, pur non avendo ricevuto immediatamente una giusta diagnosi o non avendo iniziato il trattamento riabilitativo immediatamente dopo la conferma diagnostica.

Molteplici sono le problematiche connesse alla malattia: dai deficit neurologici, alle disabilità motorie, ai disturbi cognitivi, sessuali, affettivi, al deterioramento della qualità della vita, alle reazioni psicologiche di negazione della patologia o depressione. Diventa, però, necessario prendersi cura della persona con SM, ed in generale della persona ammalata, nella sua globalità, predisponendo interventi che non la settorializzino, compartimentalizzino in singoli distretti corporei o aree in cui si organizza la sua vita, bensì considerino la complessità delle esigenze di cui essa è portatrice.

In un'ottica che è più centrata sul prendersi cura della persona che della malattia, diventa fondamentale, a prescindere dalla propria specificità professionale, la relazione che si instaura con il soggetto affetto da SM. L'attenzione "all'aspetto relazionale" rientrerebbe, così, a pieno titolo tra le competenze specifiche che deve possedere ciascun operatore.

Inoltre, poiché il soggetto nel corso della patologia

entra in contatto con differenti strutture, è necessaria una collaborazione tra i vari enti, presidi, che lo seguono in fasi diverse e con obiettivi diversi, in modo da evitare duplicazioni inutili degli interventi o contrapposizioni sterili che disorientano il paziente, non giovando al progetto terapeutico globale che mira a conservare il massimo grado di benessere psicofico della persona.

Il modo attraverso cui operatori e strutture affrontano il



Il Presidente insieme al collega Giovanni Scaletta

problema SM, anche dal punto di vista organizzativo interno ed interistituzionale, veicola un potenziale terapeutico aggiuntivo che migliora la qualità dei servizi, delle prestazioni specialistiche e dona al paziente una prospettiva di complessità e non di confusione che l'aiuta ad affrontare al meglio la sua patologia e le sue conseguenze.

Il Corso è stato articolato in una prima parte che ha previsto la presentazione di una serie di relazioni ed in una seconda parte più operativa. Sono intervenuti il Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia, Dott. F. Giardina ed il Presidente della Sezione Provinciale dell'AIMS di Palermo, Dott. Giuseppe Messina, per porgere i saluti e parlare della rilevanza dell'iniziativa in relazione ciascuno al proprio ente di appartenenza. Il dott. Giardina ha anche parlato di umanizzazione degli interventi sanitari e di qualità della vita come concetto globale, non mera sommatoria di aspetti diversi.

Il Prof. Giovanni Savettieri, Direttore dell'Unità Operativa di Neurologia e Neurofisiopatologia, Azienda Ospedaliera "Paolo Giaccone" di Palermo, responsabile scientifico dell'evento, ha parlato delle caratteristiche della malattia, delle varie ipotesi eziopatogenetiche, delle diverse forme che sono state classificate (benigna, recidivante-remittente, primaria progressiva, progressiva secondaria), dei più autorevoli e recenti studi epidemiologici effettuati.

Il Prof. Ugo Nocentini, Dirigente medico dell'Unità Operativa di Neurologia e Riabilitazione Neurologica dell'Università di Roma "Tor Vergata", presso la Fondazione Santa Lucia di Roma ha parlato degli aspetti riabilitativi della SM. Sono stati presentati i principali strumenti di valu-

tazione della compromissione, della disabilità e della qualità della vita e sono state introdotte una serie di questioni relative agli aspetti metodologici per la valutazione dell'efficacia del trattamento, più precisamente, della molteplicità dei programmi riabilitativi applicabili. Per una patologia così complessa si rende necessario il ricorso a percorsi integrati di cura che sono multidisciplinari, incentrati sul paziente, relativi ad una particolare condizione patologica, che forniscono una documentazione dettagliata sul processo di cura ed analizzano eventuali deviazioni dal percorso previsto, con la possibilità di rivedere la pratica clinica ed elaborare metodi di trattamento più efficienti, appropriati e tempestivi. La Dott.ssa Sarah Di Vincenzo, logopedista presso il Santa Lucia ha approfondito il tema della riabilitazione neuropsicologica. È stato, infatti, rilevato che circa il 45-65% dei pazienti con SM mostra deficit cognitivi di una certa entità. Sono state presentate alcune batterie di screening (BRBNT, Rao; SEFCI, Beatty e coll., MDB, Carlesimo et al.) per valutare l'attenzione, la memoria, l'elaborazione delle informazioni, le funzioni esecutive, la percezione visuo-spaziale, il linguaggio. I risultati delle ricerche effettuate dimostrano che le difficoltà di memoria nella SM sono dovute a deficit nell'acquisizione (encoding) iniziale delle informazioni, mentre le difficoltà di elaborazione delle informazioni sarebbero dovute ad un rallentamento cognitivo.

Gli approcci riabilitativi in quest'ambito si basano sostanzialmente su strategie compensatorie o utilizzano un approccio restituivo.

Il dott. Marcello Lamartina, Urologo presso il Centro Regionale per la Diagnosi, Cura e Riabilitazione dei midollesi spinali, Azienda Ospedaliera Villa Sofia di Palermo, ha presentato un intervento sui disturbi urologici nella SM e sulle tecniche riabilitative applicabili. La riabilitazione vescicolo-sfinterica deve essere una delle priorità nel trattamento della SM perché le complicanze della vescica neurologica possono essere molto gravi ed interferire assai negativamente con l'autonomia e la qualità di vita del paziente.

Il Dott. F. Patti, Neurologo, Ricercatore presso il Dipartimento di Scienze Neurologiche dell'Università di Catania, ha parlato dei disturbi sessuali nella SM, distinguendo tre livelli di disfunzioni, quelle legate alla disabilità neurologica, quelle legate alla disabilità fisica e quelle conseguenti alla disabilità psicoaffettiva e sociale. Le modificazioni in negativo del corpo generano una crisi profonda dell'identità e compromettono la qualità del rapporto con se stesso e con l'altro. Il Dott. Patti ha anche presentato una relazione sulla qualità della vita ed i relativi strumenti di misurazione. La riabilitazione nella SM deve essere globale (funzionale, psicologica, sociale) per garantire al soggetto la massima autonomia possibile e migliorare appunto la sua qualità di vita.

La Dott.ssa Franca D'Angelo, Psicologa, Responsabile dell'Unità Operativa Servizio di Psicologia dell'Asl 6 di Palermo, ha sottolineato come la malattia crei una frattura nel sistema unitario che coinvolge il corpo e la mente, determinando un "cambiamento catastrofico", che pone l'individuo in una situazione di sospensione. A quest'evento seguono delle reazioni di rifiuto ed isolamento, rabbia e depressione fino ad arrivare ad un successivo adattamento

che richiede l'attraversamento di fasi caratterizzate da ansia, angoscia e depressione. Influiscono su questo processo: la gravità della malattia, il contesto socio-culturale, il livello economico, la composizione e la storia del nucleo familiare, le sue caratteristiche relazionali, le risorse di aiuto disponibili nel contesto sociale ed istituzionale.

L'intervento dello psicologo si può collocare a diversi livelli.

Questi, infatti, partecipa alla valutazione complessiva del paziente, interviene per ridurre lo stress nel caregiver, sostiene gli operatori sanitari, facilita l'integrazione delle varie figure professionali.

Nell'intervento rivolto al soggetto con SM lo psicologo può valutare la consapevolezza e l'atteggiamento del paziente verso la malattia, il suo stile di adattamento, la sua esperienza somatopsichica, il suo vissuto del dolore, il livello di autostima, la progettualità, i bisogni e le richieste, la relazione con i familiari ed il contesto sociale più ampio, i meccanismi di difesa, il livello di ansia, i disturbi cognitivi e l'eventuale insorgenza di disturbi psicopatologici. Lo psicologo può, altresì, aiutare il soggetto nella ristrutturazione del suo senso del Sé, ad esprimere le emozioni provate, ad affrontare i problemi relazionali sia con i familiari che con altri soggetti in altri contesti, a sviluppare nuove capacità adattive.

Nell'intervento con la famiglia lo psicologo può svolgere una funzione informativa, aiutare i membri del nucleo familiare nella redistribuzione dei ruoli, nel miglioramento dei processi comunicativi, nell'elaborazione dei vissuti provati in relazione all'evento (senso di colpa, ostilità, rabbia, rifiuto).

Nell'intervento rivolto agli operatori sanitari lo psicologo li aiuta ad affrontare l'impatto emozionale che provoca la relazione con il paziente, a comprenderne i livelli comunicativi che implicano un massiccio uso del comportamento non verbale, ad evitare l'eccessivo coinvolgimento o l'eccessivo distacco trovando più adeguate strategie relazionali.

Il Dott. Rosario Fiolo, Terapista della Riabilitazione, Docente presso il Corso di Laurea di Fisioterapia, Università degli Studi di Palermo, ha parlato della riabilitazione funzionale, definita come quella "scienza che studia le funzioni lese attraverso l'esercizio terapeutico", inteso come esercizio che ha specifici obiettivi e che è caratterizzato da adattabilità, frammentazione, singolarizzazione, variabilità.

Hanno partecipato ai lavori anche il Dott. Giuseppe Salemi, Neurologo, Professore Associato di Neurologia presso l'Università degli Studi di Palermo, in qualità di moderatore e di esperto nei gruppi di lavoro, la dott. M. C. Bruno, il Dott. G. Castronovo, la dott.ssa R. La Barbera, consulenti della Comunità Educativa in qualità di esperti nei gruppi di lavoro che sono stati condotti dal Dott. Mario Gullo e dalla Dott.ssa G.P. Scimeca con la collaborazione della Dott.ssa L. Governale.

L'organizzazione del corso ha avuto un taglio pratico, volto a favorire un coinvolgimento attivo dei partecipanti rispetto agli stimoli forniti dalle relazioni e/o che essi stessi hanno potuto recuperare a partire dalla loro esperienza professionale. Due intere sessioni del corso sono state, pertanto, dedicate allo svolgimento di attività in gruppi di lavoro.

L'obiettivo dell'evento formativo non è stato, infatti, solo quello di accrescere le conoscenze sugli aspetti riabilitativi della SM, ma di rendere più pensabile l'operatività,

l'agire professionale e le dinamiche e problematiche che in esso si animano.

Durante i gruppi di lavoro, a partire dalla discussione di un caso clinico, sono state affrontate una serie di questioni inerenti l'attività di ciascuna figura professionale a cui è stato rivol-

una personalizzazione degli interventi che vanno sottoposti a processi di verifica in itinere e valutazione finale; la difficoltà da parte delle diverse figure professionali di confrontare tra loro il proprio punto di vista per la differenza di linguaggi e di prospettive; la

re gli incontri e coinvolgendo, di volta in volta, le professionalità le cui funzioni si rendono necessarie nel trattamento del singolo caso.

Ha concluso i lavori il Cardinale S. Pappalardo, Arcivescovo Emerito di Palermo, Fondatore e Promotore della Comunità Educativa nel 1978, che si è soffermato sulla necessità di focalizzare l'attenzione sulla condizione dei giovani a cui è stata diagnosticata la patologia. Ha citato la ricerca commissionata dall'AIMS e realizzata dal Censis, volta ad esplorare come i giovani con diagnosi di SM si differenzino da quelli che non debbono fare i conti con questo problema, relativamente ai valori, agli ideali, alle prospettive per il futuro, alle relazioni affettive che instaurano. "In una società che enfatizza il benessere sia fisico che materiale e che propone modelli ideali in cui il successo, la ricchezza, la bellezza, rappresentano le mete da ambire, la sofferenza tende ad essere cancellata, non mostrata, nascosta e per un giovane risulta ben difficile confrontarsi con la molteplicità e complessità dei problemi che una diagnosi di SM comporta" - ha detto il Cardinale.

I giovani che si confrontano con la malattia e la sofferenza debbono ridefinire le loro priorità e cercare una solidità dal punto di vista valoriale, debbono confrontarsi con una prospettiva più articolata del proprio futuro, in cui dovranno prendere in considerazione non solo le loro aspirazioni, ma anche le difficoltà con cui dovranno confrontarsi.

Altro elemento messo in evidenza è stato il maggiore pessimismo che manifestano i giovani del Sud affetti dalla patologia, rispetto a quelli del Nord. Questo dato, oltre a chiamare in causa elementi di tipo culturale, pone questioni relative alla qualità dei servizi offerti dal nostro tessuto sociale ed economico. Si è dunque pervenuti alla conclusione che l'incontro di professionisti che provengono da diverse realtà territoriali, può essere un'ottima opportunità per mettere a confronto eventuali differenze nell'inquadramento dei problemi e nelle ipotesi e modalità di soluzione, per sviluppare buone prassi orientate da riflessioni condivise e da un'etica di fondo che consideri la persona nella sua interezza, ne rispetti e tuteli l'autonomia di pensiero e di azione e garantisca condizioni di assistenza dignitose.



S.E. Cardinale Pappalardo insieme ai corsisti

to il corso (neurologo, fisioterapista, psicologo), ed inerenti l'intervento riabilitativo inteso come presa in carico globale del soggetto con SM.

Attraverso una metodica esperienziale i partecipanti hanno potuto confrontarsi con le seguenti aree di criticità: il mandato di "riabilitare" in una situazione degenerativa in cui, nelle forme primariamente e secondariamente progressive, si va incontro ad un costante peggioramento; la differenza che si riscontra tra quadro clinico e risultati degli esami obiettivi (uno stesso carico lesionale, valutato come volume delle lesioni visibili in risonanza magnetica può manifestarsi con disabilità molto variabili per tipo e gravità), che può essere espressa da una delle frasi che il prof. Savettieri ha usato, in maniera un po' provocatoria, nel corso del suo intervento: "dobbiamo curare i pazienti o le risonanze?".

Ed ancora: la necessità di effettuare una diagnosi corretta e di comunicarla adeguatamente al paziente; la scelta delle terapie farmacologiche (quale efficacia? In quali casi?); l'importanza di preservare quanto più è possibile la qualità di vita del paziente; la necessità di individuare prontamente eventuali deficit cognitivi; il coinvolgimento del paziente e dei familiari nel progetto riabilitativo; la necessità di

necessità della condivisione di un percorso metodologico comune tra i diversi operatori implicati nella gestione del caso; la necessità di una cultura organizzativa che valorizzi il confronto tra le diverse professionalità ed istituzioni coinvolte nell'intervento sul soggetto; la necessità per il paziente di avere dei riferimenti che possano avere una funzione motivante ed accudente, in mancanza dei quali è facile cedere ad un vissuto depressivo che può arrivare a livelli di gravità elevata o ad un atteggiamento onnipotente (non posso/voglio chiedere nulla, devo farcela da solo) che spesso si alterna al precedente vissuto, favorendone la persistenza e l'amplificazione.

È stata anche prestata attenzione al collegamento che si genera tra i vissuti del paziente e quelli del terapeuta (medico, fisioterapista, psicologo) e tra il livello motivazionale di entrambi.

Questo è apparso un aspetto molto importante che spesso sfugge alla consapevolezza e che però è fortemente implicato nei fenomeni di burn-out che minacciano pesantemente le professioni basate sulla "relazione d'aiuto".

Nel corso del dibattito in plenaria, seguito al lavoro nei gruppi, ci si è confrontati sull'esigenza di dovere pianificare e strutturare il lavoro in equipe in modo flessibile, senza burocratizza-

## Qualità della vita lavorativa e prevenzione del mobbing

Fulvio Giardina - psicologo

Una delle principali differenze tra organizzazioni pubbliche e private è costituita dall'ambiente in cui esse sono inserite.

Nel caso delle imprese economiche private questo ambiente è costituito dal mercato; nel caso delle pubbliche amministrazioni esso è invece costituito dal sistema politico-istituzionale regolato da un ordinamento giuridico. In Italia, nei vari comparti della pubblica amministrazione sono impiegati oltre 3.500.000 di lavoratori.

Ciò determina una diversa rappresentazione del prodotto: mentre quello delle aziende economiche private è costituito da beni, il prodotto delle pubbliche amministrazioni è di solito costituito da servizi.

Tale diversità si riflette sulle diverse modalità dalle quali dipendono la sopravvivenza e l'espansione delle organizzazioni.

Mentre, infatti, le aziende private estraggono le loro risorse dal mercato, le pubbliche amministrazioni dipendono dalle relazioni di natura politico-istituzionale che instaurano con parlamenti, governi, partiti politici.

Un'altra differenza significativa tra pubblico e privato deriva dal fatto che, nelle pubbliche amministrazioni, ci si avvale spesso di norme che pesano più come vincoli che come risorse, che stentano a tenere il passo con i tempi, e che non sempre risultano adeguate alle nuove sfide della società e dello stesso ambiente politico istituzionale.

All'interno delle singole amministrazioni i legami sono forti a tutti i livelli: nei processi di acquisizione ed erogazione d'informazioni per svolgere attività ordinarie, nella gestione di politiche pubbliche, come pure nella gestione di progetti innovativi.

Analoghe considerazioni valgono per quello che riguarda i rapporti tra le diverse strutture pubbliche. Le relazioni tra pubbliche amministrazioni diverse rimangono intense anche se a questo livello la capacità delle amministrazioni locali di collaborare tra loro o con le istituzioni centrali diventa sensibilmente minore, soprattutto per le attività più avanzate di gestione di politiche pubbliche e di gestione dei progetti innovativi.

In ultimo, nella pubblica amministrazione resta ancora pregnante il valore etico che viene dato al cosiddetto prodotto finito, che - proprio per la sua specificità - non può e non potrà mai essere parametrato sulle mere leggi di mercato.

Nell'ultimo decennio si è dato particolare risalto alla modernizzazione del **settore pubblico**, che ha determinato un interesse particolare verso le cosiddette **risorse umane**.

In pochi anni la pubblica amministrazione è stata indirizzata verso un dinamico processo di modernizzazione tecnologica, sia direttamente, attraverso progetti autogestiti, sia indirettamente, attraverso una azione propulsiva dei governi nazionali e regionali.

Ad ulteriore conferma di questa linea politica, attivata già dallo scorso Governo, il 18 marzo 2003 il Consiglio dei Ministri ha approvato dieci progetti relativi alle nuove tecnologie nella pubblica amministrazione per complessivi € 161 milioni.

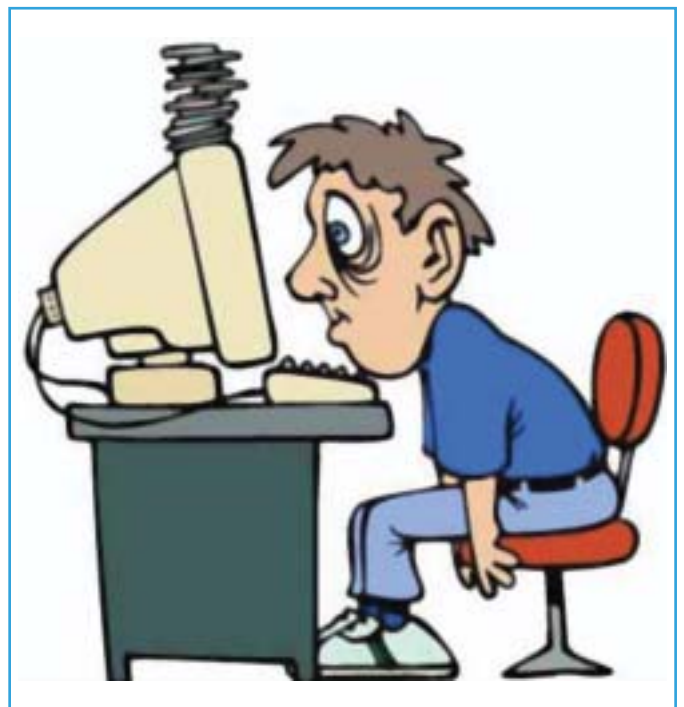
“L'inesorabile, progressiva e spontanea digitalizzazione degli Enti ha reso il settore pubblico un po' moderno, ma non ha affatto risposto alla sfida che era sottesa a questo processo: la digitalizzazione dei procedimenti, con il loro conseguente alleggerimento, e quindi una velocizzazione del lavoro pubblico, un visibile aumento della efficienza, una diminuzione dei volumi di carta circolanti negli uffici. Tutto ciò non è avvenuto, se non in minima parte, ed è per questo che si è cominciato a guardare alle persone che dovrebbero usare i computer, più che ai computer stessi, come snodo essenziale per la realizzazione del cambiamento”.

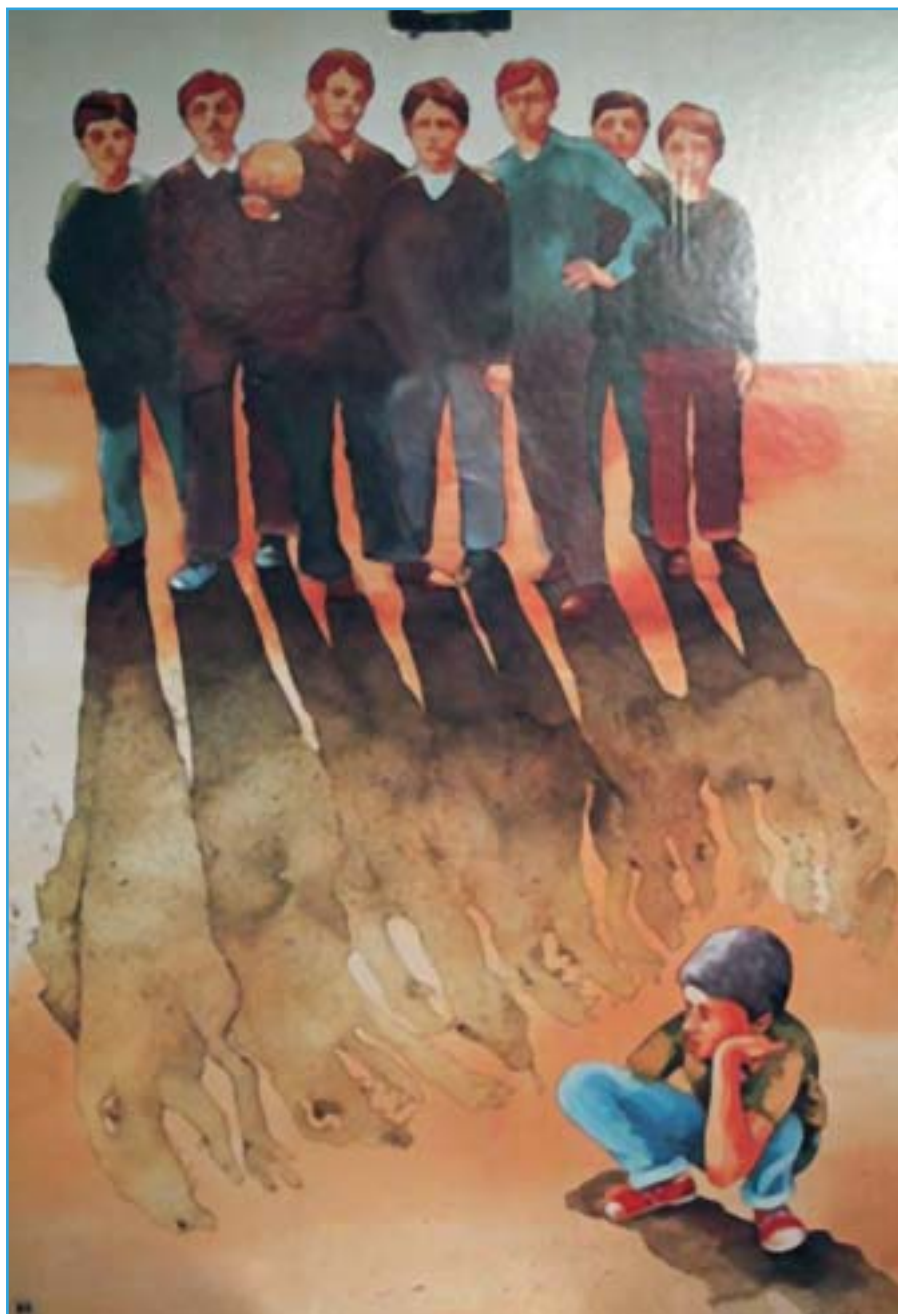
Un ruolo strategico per l'innovazione e la modernizzazione è svolto dalla formazione e dall'aggiornamento. La formazione diventa anche uno strumento in grado di assecondare la domanda di relazionalità e di scambio di esperienze, creando dei dispositivi di formazione permanente e delle vere e proprie comunità di apprendimento, all'interno delle quali è possibile acquisire nuove competenze e saperi, e sperimentare nuove metodologie di lavoro.

L'acquisizione di nuove e sofisticate competenze, la spinta verso una non formale aziendalizzazione di alcuni settori della pubblica amministrazione, la riduzione dei tempi di attesa da un lato e la capacità di saper utilizzare al meglio le competenze comunicativo-relazionali dall'altro, inevitabilmente determineranno almeno quattro livelli di aggregazione tra i dipendenti:

- a) Lavoratori con competenze già acquisite.
- b) Lavoratori senza competenze, ma con piena disponibilità ad acquisirle.
- c) Lavoratori senza competenze, ma con forte resistenza ad acquisirle.
- d) Lavoratori senza alcuna competenza.

Appare prevedibile che le aggregazioni dei lavoratori





saranno orientate verso le modalità comunicative e relazionali facilmente condivisibili dagli stessi. Verranno a determinarsi, allora, una serie di emarginazioni (o autoemarginazioni) dal contesto organizzativo e/o gruppale, che renderanno ancora più fragile colui che - proprio per la sua debolezza - non si è inserito in pieno nel percorso di cambiamento e di modernizzazione. Il Parlamento Europeo, nella risoluzione del 20/09/2001, riguardante "il *mobbing* sul posto di lavoro", ne ha individuato le cause di aumento della frequenza in due fenomeni del lavoro moderno: la precarietà dell'impiego e le organizzazioni produttive poco efficienti e/o caratterizzate da

competitività. E non vi è alcun dubbio che il lavoratore, il quale non riesce più ad inserirsi attivamente nel percorso evolutivo della propria struttura, vivrà con progressiva precarietà il proprio lavoro, chiudendosi alle relazioni con i colleghi ed esponendosi alle inevitabili provocazioni.

Con il **D.Lgs 626/94** il lavoratore ha assunto un ruolo attivo e partecipa per quanto concerne la gestione della sicurezza in ambito lavorativo, nella considerazione che il "lavoro", la fabbrica, l'azienda, l'industria, assumono una funzione sempre più di "*bene comune*", da tutelare e da difendere.

La prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, il generale

benessere dei lavoratori, la loro motivazione e la loro partecipazione al miglioramento delle attività aziendali, sono sicuramente gli obiettivi primari che ogni datore di lavoro deve raggiungere.

È necessario però che tutti i lavoratori, senza distinzione gerarchica, sappiano divenire realmente i portatori di una nuova *cultura della salute*, in cui il mantenimento del "benessere" deve prevalere sulla cura del "malessere".

Appare necessario superare gli aspetti formali della normativa di riferimento, assolvendo agli obblighi previsti (produzione del documento di valutazione del rischio, manuale delle procedure, ecc.), ma anche - e soprattutto - affrontando le problematiche individuali; gli aspetti comportamentali individuali e di gruppo; il rapporto, la relazione che lega l'individuo al tempo ed allo spazio lavorativo; il rapporto con il proprio contesto di riferimento, nella convinzione che la "*qualità della vita lavorativa*" sia di fatto il "*valore aggiunto*" del prodotto finito.

Nel 2001 l'UE, andando oltre alla normativa prevenzionistica, ha lanciato la *Work Health Promotion (WHP)*, ponendo come obiettivi prioritari la qualità della vita lavorativa, il mantenimento del benessere acquisito, la promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Gli psicologi sono i professionisti la cui azione è rivolta alla conoscenza ed alla gestione di quei processi di cambiamento e di adattamento cui l'individuo è sottoposto da inevitabili condizioni sociali, affinché possano armonizzarsi positivamente con le proprie specificità.

Ed è proprio la *psicologia*, con i propri referenti teorici e di contesto, quella disciplina che può e deve leggere il fenomeno *mobbing*, fornendo un contributo non solo alla risoluzione del singolo problema, ma soprattutto alla disseminazione di quella cultura del benessere che deve permeare tutto il mondo del lavoro.

L'Ordine degli psicologi siciliano ha mostrato una forte sensibilità, offrendo a tutti gli interessati una propria lettura, attraverso una proposta di analisi e di intervento, che in questa fase vuole essere di tipo sperimentale, ma che nel prossimo futuro rappresenterà un ambito strategico del nostro intervento professionale.



RILEVAZIONE e VALUTAZIONE del  
**MOBBING**



Psicologi & Psicologia  
in Sicilia

**Psicologi & Psicologia**  
**in Sicilia**  
RILEVAZIONE e VALUTAZIONE del  
**MOBBING**

**A CURA DI**

**Maurizio Consoli - Maurizio Cuffaro**

**Franca D'Angelo - Antonella La Commare**

**Barbara Notarbartolo - Giuseppe Sammartano**

**Giuseppe Santisi - Pietro Smirni - Antonio Sperandeo**

# Linee guida per la rilevazione e la valutazione del mobbing

## Premessa

La crescente attenzione al fenomeno del mobbing ne ha recentemente diffuso la conoscenza e, grazie anche ai provvedimenti legislativi tendenti alla tutela del benessere dei lavoratori, ha promosso l'emersione di una consistente casistica, sia attuale che pregressa, la cui entità ha stimolato la nascita di servizi tendenti al contrasto del fenomeno stesso.

Nella nostra regione, pur se con strutturazione istituzionale differente, servizi antimobbing aperti al pubblico sono stati attivati dalle AUSL di Trapani e Palermo, servizi di sportello sono stati avviati da sindacati ed enti locali e alcune aziende hanno istituito commissioni interne per il contenimento del fenomeno fra i propri dipendenti.

L'Assemblea Regionale Siciliana, sensibile al problema, ha avviato l'iter per la promulgazione di una legge regionale che definisse, prevenisse e sanzionasse il mobbing. Ha però dovuto interrompere il lavoro avviato per attendere la nuova normativa sulla ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni ed evitare di veder vanificato il lavoro effettuato come già accaduto in altre regioni.

Il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia ha individuato la rilevanza del problema ed ha istituito un gruppo di lavoro, insieme ai rappresentanti delle strutture specifiche esistenti, con il compito di redigere le linee guida e avviare la definizione di un modello condiviso per l'individuazione della condizione di mobbing e la valutazione del danno da essa derivante.

Il gruppo di lavoro, i cui componenti sono i curatori del presente opuscolo, si è trovato di fronte a molteplici esperienze e ad un numero cospicuo di pubblicazioni sull'argomento, di indirizzo differente pur se di identica derivazione, tra le quali non è stato agevole orientarsi alla ricerca di un punto di vista che evidenziasse e sintetizzasse la natura strettamente psicologica del fenomeno mobbing.

Punto di partenza è stata la riflessione sulla genesi del comportamento che si definisce mobbing. Va chiarito che non tutte le azioni che danneggino un lavoratore costituiscono mobbing; non lo sono ad esempio l'ingiusto licenziamento, né le molestie sessuali, né il sovraccarico di compiti, né lo sfruttamento della mano d'opera minorile. Quelle citate e tante altre sono pratiche illecite, alcune delle quali sanzionate da specifiche leggi, ma non costituiscono mobbing pur se alcune di esse possono, se inserite nel contesto adeguato, divenire mobbizzanti. La letteratura scientifica è unanime, nel considerare il mobbing come quadro d'insieme caratterizzato dall'intenzionalità di 'colpire' il lavoratore nel tentativo di renderlo incapace di reagire. La strategia architettata dal mobber pone il mobbizzato nella condizione di difficoltà interiore, relazionale ed istituzionale, tale da giustificare agli occhi degli altri lavoratori (ed in più di un caso della vittima stessa) il trattamento sanzionatorio cui viene sottoposto.

Perché delle azioni, lecite o illecite che siano, possano essere considerate mobbing è necessario che una o più persone, motivate dall'intenzione di disfarsi, o di neutralizzare o di screditare un individuo, architettino un piano per attaccarne la funzionalità del sistema difensivo, per distruggerne l'autostima, per esaurirne le energie psichiche in modo da renderlo vittima anche di se stesso e porlo in una condizione di inferiorità.

La questione appare in tutta evidenza come originata dall'ambito psicologico e allo stesso finalizzata. Se una persona, piuttosto che attaccare frontalmente un avversario ricerca vie subdole per agire sulla sua psiche e renderlo indifeso e succube, ciò vuol dire che preferisce agire sul piano psicologico piuttosto che su quello legale o istituzionale. Quale che ne sia la motivazione concreta, questa scelta ha origine nella sfera psichica del mobber che, inventando ed assumendo il ruolo di 'psicologo del male', coglie le debolezze psicologiche della vittima designata, individua i comportamenti adatti a suscitare quelle debolezze e ad acuirle, sceglie la sequenza secondo cui organizzarli per ottenere il massimo di efficacia, sceglie i complici, talvolta anche inconsapevoli, necessari alla realizzazione del piano, monitorizza i risultati in corso d'opera ed adegua le azioni mobbizzanti alle risposte che la vittima viene fornendo.

Ancor più palesemente nella sfera psicologica si colloca il comportamento della vittima che, per essere tale e non trovare la forza per distruggere la rete che le viene intessuta attorno, deve inconsapevolmente accettare il ruolo, riconoscersi in condizione di inferiorità, rassegnarsi progressivamente a subire ripiegando su se stessa fino a giungere alla resa. Per descrivere un fatto crudele sarà utile una metafora (ma si tratta purtroppo di un fatto realmente accaduto) altrettanto crudele. Nel giardino di una villa immersa in una fitta pineta facevano un giorno la guardia tre grossi pastori maremmani, cani dotati di un forte istinto di difesa del territorio. Un gatto randagio ebbe la ventura di penetrare nel recinto in cerca di cibo. Individuato ed attaccato dai cani riparò velocemente su un pino e, saltando da un ramo all'altro, passò su un altro e si accovacciò su un grosso ramo tentando di nascondersi. Individuato nuovamente dai cani che si disposero in cerchio alla base dell'albero, rimase fermo per ore. Avrebbe potuto agevolmente, passando di albero in albero, superare il recinto e mettersi in salvo, avrebbe potuto rimanere al sicuro nella postazione aerea che si era conquistato, e invece, terrorizzato dall'assordante ringhiare dei cani, dopo un paio d'ore si lasciò scivolare giù lungo il tronco consegnandosi alla furia degli avversari che in un istante lo dilaniarono.

Qualcosa di analogo accade nel mobbing: le azioni del mobber tendono a costruire attorno alla vittima un cerchio opaco, una rete invischiante, che ne rende difficile la lucidità e la possibilità di reagire. La vittima, visto il fallimento dei tentativi di sottrarsi alla macchinazione, viene colta da depressione e, rassegnata e sfiduciata, in alcuni casi si affret-

ta incontro al nemico per farla finita al più presto possibile.

Da queste considerazioni ne deriva che il mobbing è un fenomeno caratterizzato dall'operare in ambito squisitamente psicologico, per affrontare il quale è indispensabile la competenza psicologica. Ciò ha determinato la necessità di un confronto per mettere a punto una procedura condivisa, da offrire agli psicologi che si occupano del problema.

Risulterà utile chiarire che non si intende eliminare la valutazione soggettiva del singolo psicologo; avere un protocollo di indirizzo vuol dire potere fare riferimento ad una procedura approvata dall'Ordine Professionale che indica cosa è opportuno fare per pervenire all'individuazione della condizione di mobbing e quali indicatori sono riscontrabili nella vittima a testimonianza del danno psicologico subito.

## Definizione

Dalle considerazioni fatte in premessa deriva la definizione del fenomeno:

Il "mobbing" è un fenomeno relazionale patologico che si realizza nei contesti lavorativi organizzati. Presuppone la presenza di almeno due persone nel ruolo di attori (mobber e mobbizzato) e di altre in quello di spettatori. Attori e spettatori possono essere singoli o gruppi.

Il mobbing si manifesta con la messa in atto di precisi comportamenti vessatori e persecutori da parte di una o più persone ai danni di una o più persone. Può realizzarsi in linea verticale discendente (dal superiore gerarchico verso il sottoposto) o ascendente (dal sottoposto verso il superiore gerarchico) ovvero in linea orizzontale (tra pari grado).

L'azione mobbizzante non può essere occasionale ma deve presentare le caratteristiche di persistenza e durata e può talora assumere il carattere di progressività.

Il mobbing, quale che ne sia l'esito, produce nella vittima un danno, che può interessare uno o più ambiti, configurandosi come danno lavorativo, sociale, esistenziale e biologico; può inoltre determinare l'estromissione del mobbizzato dal contesto lavorativo organizzato in cui opera o addirittura dal mondo del lavoro.

*Per comodità viene riportato un elenco delle principali azioni che la letteratura annovera tra quelle mobbizzanti.*

*Per un approfondimento della tematica si rimanda ai testi indicati in bibliografia.*

**1 > Demansionamento o svuotamento delle mansioni.** Al soggetto vengono assegnati compiti nettamente inferiori rispetto alle sue mansioni o queste vengono svuotate di contenuto.

**2 > Frequenti cambiamenti dei compiti assegnati.** Al soggetto vengono continuamente cambiati i compiti o le procedure da seguire.

**3 > Sovraccarico di lavoro.** Al lavoratore viene assegnato un carico di lavoro tale da non potere essere svolto nei tempi previsti o da un solo operatore.

**4 > Assenza o carenza di compiti da svolgere.**

Al soggetto non vengono assegnati compiti, o gliene vengono affidati pochi.

**5 > Attribuzione di compiti assurdi o umilianti o tali da renderlo invisibile ai colleghi.** Si impone al soggetto di tenere il conto dei materiali di consumo o di registrare le pause dei colleghi o gli si attribuiscono indebitamente funzioni di controllo sui altri lavoratori.

**6 > Manomissione della postazione di lavoro.** Si sottraggono al lavoratore strumenti indispensabili allo svolgimento dei suoi compiti (computer, calcolatrici, schedari ecc.) o attrezzature che ne garantiscano il benessere o il prestigio (condizionatore, poltroncina, scrivania ecc.).

**7 > Isolamento della postazione di lavoro.** Al lavoratore viene assegnata una postazione di lavoro isolata dagli altri colleghi in modo da impedirgli di avere contatto con loro.

**8 > Insalubrità della postazione di lavoro.** Al soggetto viene attribuita una postazione di lavoro in ambiente insalubre (nello scantinato, in soffitta, in corridoio, in locale sottoposto ad eccessive sollecitazioni acustiche o termiche, in ambiente buio ecc.).

**9 > Assegnazione di lavori nocivi o incompatibili con lo stato di salute.** Senza avere riguardo delle sue condizioni di salute si impongono al soggetto lavori che non può svolgere o tali da aggravarne la condizione psicofisica.

**10 > Abnorme esercizio di controlli.** Si eseguono sul lavoratore controlli che non vengono attuati nei confronti degli altri lavoratori o gli si impone un abnorme numero di visite fiscali in caso di assenza per malattia. È fondamentale che tale trattamento sia riservato soltanto a quello specifico lavoratore.

**11 > Abnorme limitazione nell'uso delle strutture o nell'accesso a spazi.** Al soggetto viene vietato l'accesso a locali o ad atti disponibili ai suoi pari grado.

**12 > sottrazione o manomissione di informazioni inerenti i compiti da svolgere.** Al lavoratore vengono taciute informazioni riguardanti i compiti da svolgere o gli vengono fornite notizie volutamente false in modo da indurlo in errore o rendergli impossibile lo svolgimento del compito.

**13 > Frequenti critiche o richiami verbali o scritti.** Al soggetto vengono rivolti frequenti richiami o rimproveri o contestazioni riguardanti il lavoro (talvolta anche non proprio), ovvero critiche sul comportamento o sull'abbigliamento, anche in presenza di colleghi o di utenti.

**14 > Privazione della progressione di carriera.** Al lavoratore sono negati avanzamenti di carriera o promozioni o aumenti di stipendio cui ha diritto.

**15 > Sistematica squalifica da parte di colle-**

**ghi, superiori o sottoposti.** Il soggetto viene sistematicamente ignorato, non riceve risposta al saluto o alle richieste verbali o scritte, nessuno gli rivolge la parola, i superiori non rispondono agli esposti inoltrati o addirittura incoraggiano i sottoposti del soggetto a disattenderne le disposizioni.

**16> Istigazione all'isolamento o alla squalifica.** Si incoraggiano i comportamenti di quanti isolano il soggetto o ne parlano male o lo provocano o agiscono negativamente nei suoi confronti.

**17> Violazione della privacy.** Vengono diffuse notizie riservate o viene arbitrariamente aperta la corrispondenza privata.

**18> Impedimento alla partecipazione a corsi di formazione o di aggiornamento.** Al soggetto è preclusa la formazione che viene invece erogata o consentita agli altri lavoratori.

**19> Assenza di autonomia nell'esercizio della funzione.** Al soggetto è negata, indipendentemente dai risultati ottenuti, l'autonomia nello svolgimento dei compiti, vengono imposte a lui soltanto delle procedure specifiche.

**20> Abnorme gerarchizzazione.** Al soggetto viene imposto di dipendere di fatto da un collega o addirittura da un subalterno (per riceverne autorizzazioni o visti di congruità), ovvero il suo lavoro è fatto ricontrollare da altri.

**21> Pubblica ridicolizzazione.** Nel corso di riunioni il soggetto è additato come esempio negativo, ne vengono criticate o irrise le prestazioni, si ironizza sui suoi comportamenti.

**22> Calunnie o insinuazioni.** Vengono fatte circolare false notizie infamanti o vengono insinuati dubbi che riguardano le abitudini di vita o i comportamenti o le convinzioni del lavoratore o il suo stato di salute mentale.

**23> Aggressioni o minacce.** Il soggetto è fatto segno di piccole violenze dirette alla persona o ai suoi oggetti, o subisce minacce, verbali o scritte, di vario genere.

**24> Molestie sessuali.** Al soggetto sono indirizzati gesti o frasi a contenuto sessuale allo scopo di provocare disagio, si fanno in sua presenza discorsi osceni o gli si fanno pervenire immagini pornografiche con commenti osceni diretti a lui o ai suoi familiari.

**25> Ingiusto trattamento in ordine a permessi o ferie.** Viene riservato al soggetto un trattamento discriminante nella scelta del periodo di ferie o gli vengono regolarmente rinviati o negati permessi. È fondamentale che tale trattamento sia riservato soltanto a quello specifico lavoratore.

Perché tali azioni, il cui elenco è indicativo e suscettibi-

le di ampliamento, siano considerate mobbizzanti è necessario che vengano esercitate in maniera non sporadica. Al fine della rilevazione del fenomeno è indispensabile che il trattamento mobbizzante non sia utilizzato all'interno dell'azienda in maniera generalizzata ma sia indirizzato in maniera specifica alla o alle vittime di mobbing.

È normale che più azioni in concorso tra loro caratterizzino la situazione di mobbing. L'eventualità che una singola azione abbia effetto mobbizzante, caso del 'sasso nello stagno' secondo Ege, va attentamente ponderata in quanto va dimostrato che i suoi effetti sono stati talmente devastanti e duraturi da determinare comunque la condizione di mobbing.

## La procedura

L'esperienza accumulata dai Servizi operanti sul territorio dimostra che circa il 20% dei soggetti che si ritengono vittima di mobbing risulta effettivamente esserlo. Ciò impone una attenta valutazione di ciascun caso al fine di evitare il fenomeno dei falsi positivi. In merito va ricordato che la sentenza della Corte di Cassazione n. 143 in data 8 gennaio 2000 ha stabilito che chi accusa ingiustamente (anche di mobbing) colleghi o il datore di lavoro fornisce giusta causa per il licenziamento. La cautela dunque va utilizzata anche a difesa del lavoratore.

Seguire passo passo la procedura che proponiamo facilita l'espletamento di una indagine completa e accurata che prende in esame tutti gli aspetti della problematica affrontandoli secondo una adeguata progressione. Ciò è sufficiente ad evitare accidentali omissioni.

## Le informazioni da rilevare:

### 1 > Profilo anagrafico individuale.

È necessario tracciare un quadro chiaro ed esaustivo del soggetto in esame. Vanno raccolte le generalità complete e le informazioni sul grado di scolarità, sullo stato civile, sulla professione, sul lavoro. È utile fare qui riferimento anche alla modalità di invio.

### 2 > Profilo organizzativo aziendale.

Vanno raccolte tutte le informazioni sull'azienda per cui il soggetto lavora: natura giuridica, settore, comparto, tipologia, numero di dipendenti. Sono necessarie anche le notizie riguardanti il profilo professionale e l'anzianità di servizio del soggetto, nonché la storia recente dell'azienda o del settore in cui il soggetto opera.

Le informazioni richieste sono funzionali alla conoscenza dell'ambiente di lavoro e della posizione che il lavoratore vi occupa. Servono, inoltre, a valutare se i comportamenti che questi lamenta siano da porre in connessione con fasi di ristrutturazione aziendale o possano costituire una strategia mirante all'autolicensing dei lavoratori in vista di una consistente riduzione del personale (bossing).

### 3 > Anamnesi lavorativa del soggetto.

È indispensabile conoscere la storia lavorativa del soggetto, tanto all'interno dell'azienda per cui lavora, quanto

presso altre eventuali aziende, per valutare quanto gli effetti del mobbing ne abbiano modificato la capacità lavorativa e relazionale, per comprendere se egli sia, in condizioni normali, capace di integrarsi validamente nel contesto lavorativo.

#### 4 > Percezione del ruolo lavorativo.

Serve conoscere la percezione che il soggetto ha del clima organizzativo aziendale così come della propria posizione in seno all'azienda e delle relazioni con colleghi, superiori e subalterni.

#### 5 > Anamnesi personale.

Sono utili tutte le notizie riguardanti la storia personale del soggetto, dall'anamnesi familiare, remota ed attuale, a quella scolastica ed affettivo relazionale. Indispensabili le informazioni sulle condizioni di salute passate e recenti, sull'impiego del tempo libero, sulla progettualità e le aspettative per il futuro.

#### 6 > Rilievo delle azioni mobbizzanti.

È necessaria una attenta indagine per individuare le azioni che il soggetto ritiene mobbizzanti ed accertare la presenza di quelle che giurisprudenza e letteratura considerano tali. Va detto che alcuni soggetti considerano mobbizzanti azioni che risultano essere del tutto legittime, altri sottovalutano la presenza di comportamenti che di fatto sono mobbizzanti.

#### 7 > Raccolta e descrizione degli elementi traumatici per il soggetto.

Una volta individuate le azioni mobbizzanti poste in essere nei confronti del soggetto è utile indagare quali di esse risultino per lui traumatiche e perché. Riteniamo inadeguato considerare le azioni mobbizzanti prescindendo dalla personalità su cui incidono. Vanno invece confrontate con questa e va posto l'accento sull'incisività che assumono nel caso specifico.

#### 8 > Raccolta degli indicatori personologici e di danno.

Va condotta un'attenta indagine della personalità del soggetto al fine di individuarne le caratteristiche. Ciò serve innanzi tutto ad escludere che i vissuti persecutori siano dovuti alla presenza di specifiche patologie o a particolari modalità di funzionamento emotivo-relazionale e, in secondo luogo, a comprendere perché alcune azioni mobbizzanti abbiano effetti traumatici su quel soggetto. Ancora l'indagine di personalità ci mette nella condizione di rilevare le risorse in atto presenti e la presenza del danno psichico ed esistenziale. Per dare risposta a queste domande è necessario l'uso di strumenti diagnostici specifici. Ogni psicologo potrà scegliere quali utilizzare purché risultino funzionali al compito. Riportiamo di seguito l'elenco delle caratteristiche che solitamente si trovano alterate nelle vittime da mobbing precisando che non tutte devono presentare valori abnormi in ogni soggetto.

#### 8.1 > Presenza di ansia e di depressione:

Difficoltà nella gestione dell'ansia.

Presenza di ansia "immotivata".

Presenza di ansia tendente alla somatizzazione.

Presenza di elementi di depressione.

#### 8.2 > Funzionalità del sistema difensivo:

Scarsa adeguatezza del sistema difensivo.

Modulazione discendente delle dinamiche di difesa.

Rinuncia all'attivazione del sistema difensivo.

#### 8.3 > Capacità relazionale:

Sfiducia nelle relazioni sociali.

Ambivalenza o conflittualità nelle relazioni interpersonali.

Scarsa considerazione (o visione negativa) per le relazioni familiari (presente in genere nei casi in cui il danno da mobbing ha invaso anche la sfera familiare).

Sfiducia nella comunicazione.

Presenza di aggressività e rabbia nei confronti degli interlocutori.

#### 8.4 > Stile di coping e adattamento:

Sensazione di stimulus overload (sensazione di inadeguatezza rispetto alle richieste che il soggetto sente provenire dal mondo esterno).

Scarso adeguamento al pensiero comune.

Scarsa o eccessiva responsività rispetto alle stimolazioni complesse.

Difficoltà ad assumersi la responsabilità delle ideazioni prodotte.

#### 8.5 > Autorappresentazione:

Scarso livello di aspirazione.

Autostima carente.

Presenza di elementi di insicurezza interpretativa.

Attenzione al dettaglio.

Polarizzazione del pensiero su tematiche lavorative.

#### 8.6 > Creatività:

Difficoltà o incapacità di progettualità.

Scarsa produttività (nella prestazione in risposta ai test proiettivi) o lentezza e tendenza alla rinuncia (nella prestazione in risposta a questionari).

Verbalizzazioni di incapacità o di autosqualifica.

#### 8.7 > Disturbi del pensiero

Difficoltà a mantenere il corretto distanziamento dalla realtà esterna.

Elementi di pensiero disadattato in misura pari o maggiore a quelli di pensiero sano.

Difficoltà a mantenere attenzione e concentrazione.

*Nella scelta e nella valutazione degli strumenti testologici va tenuta in forte considerazione la natura del setting. Il soggetto che richiede l'indagine ha infatti interesse a che lo psicologo ne attesti la condizione di mobbizzato, egli tenderà dunque ad apparire tale. Vanno pertanto preferiti gli strumenti di difficile manipolazione o quelli dotati di attendibili scale di verifica.*

#### 9 > Verifica della coerenza tra le risultanze testologiche e i dati derivanti dai punti 1 - 7.

Conclusa l'indagine di personalità, va verificata la coeren-

za delle risultanze con i dati raccolti applicando la procedura proposta. Va valutato se le affermazioni del soggetto siano compatibili con quanto abbiamo potuto accertare, se effettivamente è possibile confermare l'esistenza del danno biologico, psicologico ed esistenziale, se trova conferma la particolare rilevanza di specifiche azioni mobbizzanti in concomitanza con le caratteristiche di personalità individuate.

## 10 > Conclusioni.

Nel produrre le conclusioni della propria indagine è indispensabile che lo psicologo abbia presente che quanto scrive sarà esaminato in ambito giuridico, da avvocati e magistrati che non sono tenuti a possedere competenze psicologiche. Le sue affermazioni dovranno pertanto essere il più possibile chiare e comprensibili nonché funzionali al contesto, la terminologia psicologica andrà, ove necessario, accompagnata dalla 'traduzione in chiaro'.

Parimenti lo psicologo deve avere contezza della propria funzione e rispettare gli ambiti altrui: tocca a noi attestare la compatibilità delle risultanze con la condizione di mobbing e la derivazione del danno accertato dalle azioni mobbizzanti, è compito dell'avvocato raccogliere dati probanti l'esistenza del mobbing.

Nelle conclusioni dunque vanno evidenziati i dati significativi raccolti e posti in relazione tra loro e con la condizione di mobbing. Vanno estrapolate le esperienze lavorative e relazionali pregresse e ne va valutata la significatività al fine della derivazione del danno dalle azioni mobbizzanti.

Va ancora analiticamente esplicitata l'esistenza del danno e va infine dichiarata l'assenza di patologie psicologiche tali da inficiare l'attendibilità delle affermazioni e delle interpretazioni fornite dal soggetto.

Onde facilitare l'esecuzione della procedura e la raccolta dei dati proponiamo l'allegato modulo di intervista strutturata che, seguita fedelmente, consente di affrontare in maniera esaustiva i punti 1 - 7 della procedura stessa.

## BIBLIOGRAFIA

**Alacevich F.**, (1996) Le relazioni industriali in Italia. Cultura e strategie, Carocci, Roma.

**Alpa G.**, (1987), Il danno biologico. Il percorso di un'idea, Padova, Cedam.

**Anastasi A.**, (1961), Psychological testing, Mac Millan, New York, (trad. it. I test psicologici, FrancoAngeli, Milano, 1972).

**Andreoni, P. E., Marocci, G.**, (1997). Sicurezza e benessere nel lavoro, Edizioni Psicologia, Roma.

**Ascenzi A., Bergaglio G.L.**, (2000), Il Mobbing. Il marketing sociale come strumento per combatterlo, Giappichelli, Torino.

**Bämayr A.**, (2001), Mobbing: Hilfflose Helfer in Diagnostik und Therapie, Deutsches Ärzteblatt 98, n. 27,

6.7.2001, pag. A-1811.

**Caccamo A., Mobiglia M.**, (2000), Il mobbing nell'ambiente di lavoro: tutela attuale e recenti prospettive, in DPL, p. 18.

**Carrettin, S., Recupero, N.** (2001). Il Mobbing in Italia: terrorismo psicologico nei rapporti di lavoro, Dedalo, Bari.

**Casilli, A.** (2000). Stop mobbing: resistere alla violenza psicologica sul luogo di lavoro, Derivi & Approdi, Roma.

**Cimaglia G., Rossi P.**, (2000) Danno biologico le tabelle di legge, Giuffrè, Milano.

**Cuffaro M.**, (1998), Il TAT nella diagnosi psicologica e clinica, FrancoAngeli, Milano.

**Cuffaro M., Garofalo P.**, (a cura di), (2000), Nuove frontiere della psicodiagnosi, FrancoAngeli, Milano

**Davenport N., Distler Schwartz R., Pursell Elliott G.**, (1999), Mobbing. Emotional Abuse in the American Workplace, Civil Society Publishing, Ames.

**De Carlo, N.A.** (a cura di), (2004). Teorie e strumenti per lo psicologo del lavoro e delle organizzazioni, FrancoAngeli, Milano, Vol. 4°.

**Del Corno F., Pelanda E.**, (1985), (a cura di), Metodologie dei test proiettivi, FrancoAngeli, Milano.

**Di Nuovo S., Rispoli L., Genta E.** (2000). Misurare lo stress, Franco Angeli, Milano.

**Di Nuovo S., Cuffaro M.**, (2005), Il Rorschach in pratica: strumenti per la psicologia clinica e l'ambito giuridico, Franco Angeli, Milano.

**Ege H.**, (1996), Mobbing, Che cos'è il terrore psicologico sul posto di lavoro, Pitagora Editrice, Bologna.

**Gilioli A., Gilioli R.** (2000). Cattivi capi, cattivi colleghi: come difendersi dal mobbing e dal nuovo capitalismo selvaggio, Mondadori, Milano.

**Hirigoyen M.F.**, (2000), Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro, Einaudi, Torino.

**Imbasciati A., Ghilardi A.**, (1994), Manuale clinico del TAT. La diagnosi psicoanalitica, O. S., Firenze.

**Leymann H.** (1993). Mobbing: psychoterror work and how one defend oneself, Reinbeck, Rowoholt.

**Leymann H., Gustafsson A.**, (1996), Mobbing at Work and the Development of Post-traumatic Stress Disorders, in Mobbing and Victimization at Work, European Journal of Work and Organizational Psychology, vol. 5, n. 2.

**Marini F., Mameli C.**, (1999), Il bullismo nelle scuole, Carocci, Roma.

**Matto S.**, (1999), Il mobbing fra danno alla persona e lesione del patrimonio professionale, DRI, 1999, 491 ss.

**Monasteri P. G., Bona M., Oliva, U.**, (2000), Mobbing. Vessazioni sul lavoro, Giuffrè, Milano.

**Pancheri P.**, (1980), Stress, emozioni, malattia, Mondadori, Milano.

**Piotrowski Z.**, (1950), A new evaluation of the Thematic Apperception Test, "Psychoanalyt. Rev.", 37.

**Ranieri D.** (2003). Il lavoro molesto. Il mobbing: cos'è e come prevenirlo, Ediesse, Roma.

**Rapaport D., Gill M., Schafer R.**, (1968), Diagnostic psychological testing, International Universities Press, New York (trad. it. Reattivi psicodiagnostici, Boringhieri, Torino, 1975).

**Rupprecht - Stroell B.**, (2001), Mobbing: no grazie!, TEA Editrice, Milano.

# Intervista

per la rilevazione del mobbing

Data

Rif. cartella n°

## SEZ. A - PROFILO ANAGRAFICO INDIVIDUALE

### A1 - DATI ANAGRAFICI

Cognome

Nome

Nato il

a

Nazionalità

Comune di residenza

Prov.

Domicilio

CAP.

Tel. ab.

Tel. uff.

Tel. cell.

### A2 - SCOLARITÀ

Licenza elementare

Media inferiore

Diploma (specificare)

Laurea (specificare)

Specializzazione post-università (specificare)

### A3 - ATTIVITÀ LAVORATIVA

Professione

Azienda/Ente/Istituto presso cui lavora

Sede di

Modalità di invio

### A4 - STATO CIVILE

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Convivente

Separato/a

Divorziato/a

Vedovo/a

### A5 - FIGLI

SI

NO

Se SI numero dei figli

Altre persone conviventi



## SEZ. B - PROFILO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

### B1 - NATURA GIURIDICA DELL'AZIENDA IN CUI LAVORA

Pubblica  Privata  Non-profit  Altro (specificare)

### B2 - NEL CASO DI SETTORE PUBBLICO INDICARE IL COMPARTO

Sanità  Scuola  Università  Enti locali  Regione  Stato  Az. Pubblica

Amministrazioni pubbliche diverse (specificare)

### B3 - NEL CASO DI SETTORE PRIVATO E/O NON-PROFIT INDICARE IL COMPARTO

Agricoltura  Industria  Commercio  Artigianato  Edilizia

Credito/Assicurazioni  Servizi (specificare)

### B4 - NEL CASO DI SETTORE PRIVATO E/O NON-PROFIT INDICARE LA TIPOLOGIA DELL'AZIENDA

Azienda Multinazionale  Azienda Nazionale  Azienda a rilevanza locale

Altro (specificare)

### B5 - NUMERO APPROSSIMATIVO DEI DIPENDENTI DELL'AZIENDA IN CUI LAVORA

fino a 15  da 16 a 36  da 37 a 100

oltre i 100  Azienda a conduzione familiare

B6 - SETTORE/SERVIZIO/REPARTO/GRUPPO NEL QUALE LAVORA (specificare)

numero di colleghi che lavorano nel suo settore/servizio/reparto

### B7 - PROFILO (QUALIFICA/FUNZIONE/LIVELLO)

Settore Pubblico: Ausiliario esecutore  Impiegato  Funzionario  Dirigente

Settore Privato: Operaio  Impiegato  Quadro  Dirigente

Altro (specificare)

B8 - ANZIANITÀ DI SERVIZIO COMPLESSIVA  (indicare in anni)

# intervista

B9 - ANZIANITÀ DI SERVIZIO RAGGIUNTA NELL'AZIENDA ATTUALE  (indicare in anni)

B10 - ANZIANITÀ RAGGIUNTA NELLA QUALIFICA ATTUALE  (indicare in anni)

B11 - NEGLI ULTIMI TEMPI L'AZIENDA PRESSO CUI LAVORA HA SUBITO CAMBIAMENTI?

SI  NO

Se SI di che genere: Ristrutturazione  Privatizzazione  Cambiamento del management

Vendita  Fusione  Altro (specificare)

B12 - NEGLI ULTIMI IL SETTORE/SERVIZIO/REPARTO /GRUPPO/ IN CUI LAVORA HA SUBITO CAMBIAMENTI?

SI  NO

B13 - NEGLI ULTIMI TEMPI NELLA SUA AZIENDA CI SONO STATE NUOVE ASSUNZIONI?

SI  NO  Se SI con: Contratti di formazione  Contratto a tempo determinato

Contratti part-time  Contratto a tempo indeterminato

Altro (specificare)

B14 - RITIENE CHE NEI PROSSIMI TRE ANNI CI POSSANO ESSERE, IN GENERALE, DEI RISCHI OCCUPAZIONALI?

SI  NO

## SEZ. C - ATTIVITÀ LAVORATIVA PREGRESSA

All'interno della stessa azienda:

Altre attività svolte:

## SEZ. D - PERCEZIONE DEL RUOLO LAVORATIVO

D1 - GENERALMENTE È A CONOSCENZA DEI PROGRAMMI DELLA SUA AZIENDA?

SI  NO

D2 - GENERALMENTE È A CONOSCENZA DEI PROGRAMMI DEL SETTORE/SERVIZIO/REPARTO/GRUPPO IN CUI LAVORA?

SI  NO

D3 - RITIENE ADEGUATO IL SISTEMA DI COMUNICAZIONE DELLA SUA AZIENDA?  
(scambio di informazioni, indicazione operative ecc.)

SI  NO

D4 - COME GIUDICA I RAPPORTI CHE HA CON I SUPERIORI?

Collaborativi  Buoni  Essenziali  Conflittuali  Inesistenti

Altro (specificare)

D5 - COME GIUDICA I RAPPORTI CHE HA CON I SUOI COLLEGHI?

Collaborativi  Buoni  Essenziali  Conflittuali  Inesistenti

Altro (specificare)

D6 - NEGLI ULTIMI ANNI IL SUO LAVORO LE HA COMPORTATO QUALCHE CAMBIAMENTO?

Trasferimento in altra città  Cambiamento di sede  Cambiamento di reparto

Cambiamento di reparto  Cambiamento di mansione  Cambiamento del superiore

Nessun cambiamento  Altro (specificare)

Se SI specificare: quante volte e per quanto tempo

D7 - RITIENE LA MANSIONE CHE ATTUALMENTE SVOLGE:

Corrispondente alla sua attuale qualifica  Inferiore alla sua attuale qualifica

Superiore alla sua attuale qualifica  Attualmente non svolge alcuna mansione

D8 - REPUTA IL SUO ATTUALE CARICO DI LAVORO:

Adeguito                       Eccessivo                       Scarso                       Inesistente

Altro (specificare)

D9 - GIUDICA IL LAVORO CHE ATTUALMENTE SVOLGE:

Gratificante                       Frustrante                       Soddisfacente                       Alienante

Altro (specificare)

D10 - RITIENE CHE I SUOI SUPERIORI LE CONSENTANO DI SVOLGERE BENE I COMPITI A LEI AFFIDATI?

SI                       NO

D11 - RITIENE CHE LA SUA PROFESSIONALITÀ SIA ADEGUATAMENTE VALORIZZATA DAI SUOI SUPERIORI?

SI                       NO

D12 - RITIENE CHE LA SUA PROFESSIONALITÀ SIA ADEGUATAMENTE RICONOSCIUTA DAI SUOI COLLEGHI?

SI                       NO

D13 - RITIENE CHE I SUOI SUPERIORI RICONOSCANO ADEGUATAMENTE I RISULTATI DA LEI OTTENUTI?

SI                       NO

D14 - RITIENE DI ESSERE MAGGIORMENTE APPREZZATO DA:

Superiori     Collaboratori     Colleghi     Non si sente affatto apprezzato     Non so

D15 - RISPETTO AL LAVORO CHE SVOLGE SI DEFINIREBBE (massimo tre risposte):

Collaborativo                       Affidabile                       Insicuro                       Conformista                       Onesto

Competitivo                       Preparato                       Conflittuale                       Autonomo                       Scomodo

Creativo     Anti-conformista     Altro (specificare)



## SEZ. G - TIPOLOGIA DELLE AZIONI MOBBIZZANTI

HA MAI SUBÌTO UNA DELLE SEGUENTI SITUAZIONI?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Il suo superiore la ostacola frequentemente                         | <input type="checkbox"/> Viene criticato per il suo stile di vita  |
| <input type="checkbox"/> Il suo superiore non è disponibile ad ascoltarla                    | <input type="checkbox"/> Viene irriso per le sue convinzioni politiche o religiose                         |
| <input type="checkbox"/> Riceve frequenti richiami   | <input type="checkbox"/> Le è impedita ogni autonomia nello svolgimento dei suoi compiti                   |
| <input type="checkbox"/> Riceve spesso critiche sul lavoro che svolge                        | <input type="checkbox"/> Solo Lei è costretto a seguire delle specifiche procedure lavorative              |
| <input type="checkbox"/> Subisce spesso critiche sul suo comportamento                       | <input type="checkbox"/> Ha subito atti di violenza fisica   |
| <input type="checkbox"/> Riceve minacce verbali e/o scritte                                  | <input type="checkbox"/> Sono stati danneggiati oggetti di sua proprietà                                   |
| <input type="checkbox"/> Nota sguardi e gesti ostili   | <input type="checkbox"/> Vengono disattese le sue richieste scritte o verbali                              |
| <input type="checkbox"/> Fanno insinuazioni sul suo conto                                    | <input type="checkbox"/> I colleghi vengono istigati a comportamenti ostili nei suoi confronti             |
| <input type="checkbox"/> La sua postazione di lavoro è isolata dalle altre                   | <input type="checkbox"/> Il personale non collabora con lei  |
| <input type="checkbox"/> I colleghi non parlano con lei                                      | <input type="checkbox"/> Subisce frequenti provocazioni  |
| <input type="checkbox"/> Solitamente nessuno risponde alle sue domande                       | <input type="checkbox"/> I suoi subalterni non eseguono le sue disposizioni                                |
| <input type="checkbox"/> La ignorano sistematicamente  | <input type="checkbox"/> Viene rimproverato in presenza di colleghi, subalterni, utenti                    |
| <input type="checkbox"/> Non le viene affidato alcun carico di lavoro                        | <input type="checkbox"/> Viene accusato di errori anche non suoi   |
| <input type="checkbox"/> Le viene cambiato spesso il tipo di lavoro da effettuare            | <input type="checkbox"/> Non le vengono fornite informazioni necessarie allo svolgimento del suo compito   |
| <input type="checkbox"/> Viene destinato a lavori nocivi per la sua salute                   | <input type="checkbox"/> Non ottiene alcun avanzamento di carriera pur avendone diritto                    |
| <input type="checkbox"/> Le vengono affidati lavori che altri rifiutano di fare              | <input type="checkbox"/> Le viene precluso l'accesso alla formazione                                       |
| <input type="checkbox"/> Le vengono assegnati compiti non adeguati alle sue mansioni         | <input type="checkbox"/> Viene sottoposto a frequenti controlli  |
| <input type="checkbox"/> Vengono fatti pettegolezzi su di Lei                                | <input type="checkbox"/> La sua postazione di lavoro ha subito cambiamenti senza averla informata          |
| <input type="checkbox"/> Le vengono assegnati lavori che minano il concetto che Lei ha di sé | <input type="checkbox"/> Le sono state sottratte attrezzature necessarie allo svolgimento dei suoi compiti |
| <input type="checkbox"/> Si insinua che abbia problemi psicologici                           | <input type="checkbox"/> È stato costretto a frequenti spostamenti senza apparente motivo                  |
| <input type="checkbox"/> Viene preso in giro per le sue caratteristiche                      | <input type="checkbox"/> I risultati del suo lavoro sono stati modificati per screditarla                  |
| <input type="checkbox"/> Riceve continui 'inviti' a farsi curare da uno psichiatra           | <input type="checkbox"/> Ha difficoltà a fruire di congedi e/o permessi e/o malattia                       |
| <input type="checkbox"/> Si svalutano le sue prestazioni                                     | <input type="checkbox"/> Quando è in malattia è sottoposto a controlli esasperati                          |
| <input type="checkbox"/> Viene preso in giro per le sue origini                              |  |
| <input type="checkbox"/> Le sue iniziative vengono contestate o ignorate                     |  |

DA QUANTO TEMPO SUBISCE QUESTE AZIONI

Con quale frequenza: Ogni giorno  Almeno una volta a settimana  Più volte in un mese  Raramente

La persona dalla quale subisce o ha subito tali azioni era o è: un collega  più colleghi  altri in posizione subalterna  un superiore

Quante persone adottano o hanno adottato comportamenti ostili nei suoi confronti? Una sola persona

Più persone, (specificare il numero)  Tutto il gruppo di lavoro

Con chi ha parlato di questi problemi? Colleghi  Superiori  Consiglio dell'azienda

Capo del personale o altro del settore  Sindacalista aziendale  Sindacato esterno  Amici al di fuori dell'azienda

Familiari, parenti  Altre persone  Nessuno

Quale è a suo avviso il motivo dei comportamenti ostili adottati nei suoi confronti?


Quale è a suo avviso il comportamento o l'avvenimento più traumatico della sua vicenda lavorativa?

## SEZ. H - STATO DI SALUTE ATTUALE

NEGLI ULTIMI TEMPI COME DEFINIREBBE IL SUO STATO DI SALUTE?

Eccellente

Buono

Precario

Pessimo

Lo stesso di prima

NEGLI ULTIMI TEMPI HA SOFFERTO DI QUALCUNO DEI SINTOMI SEGUENTI?

(segnare la risposta con: 1 per molto spesso, 2 per spesso, 3 per raramente, 4 per mai)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> mal di testa                | <input type="checkbox"/> nodo alla gola                 |
| <input type="checkbox"/> vertigini                   | <input type="checkbox"/> sudorazione eccessiva          |
| <input type="checkbox"/> difficoltà di attenzione    | <input type="checkbox"/> spossatezza                    |
| <input type="checkbox"/> mancanza di concentrazione  | <input type="checkbox"/> senso di oppressione al torace |
| <input type="checkbox"/> problemi di memoria         | <input type="checkbox"/> ridotta salivazione            |
| <input type="checkbox"/> insonnia                    | <input type="checkbox"/> tachicardia                    |
| <input type="checkbox"/> sonno interrotto            | <input type="checkbox"/> difficoltà di respirazione     |
| <input type="checkbox"/> risveglio precoce           | <input type="checkbox"/> nervosismo                     |
| <input type="checkbox"/> incubi                      | <input type="checkbox"/> umore depresso                 |
| <input type="checkbox"/> dolori addominali           | <input type="checkbox"/> apatia                         |
| <input type="checkbox"/> diarrea                     | <input type="checkbox"/> ansia                          |
| <input type="checkbox"/> stitichezza                 | <input type="checkbox"/> pianto immotivato              |
| <input type="checkbox"/> vomito                      | <input type="checkbox"/> paura                          |
| <input type="checkbox"/> fame esagerata              | <input type="checkbox"/> scarsa autostima               |
| <input type="checkbox"/> inappetenza                 | <input type="checkbox"/> sfiducia nel futuro            |
| <input type="checkbox"/> dolori alla schiena         | <input type="checkbox"/> pessimismo                     |
| <input type="checkbox"/> dolori articolari           | <input type="checkbox"/> astenia                        |
| <input type="checkbox"/> dolori cervicali            | <input type="checkbox"/> tensione                       |
| <input type="checkbox"/> dolori o tensioni muscolari | <input type="checkbox"/> irrequietezza                  |
| <input type="checkbox"/> tremori                     | <input type="checkbox"/> aggressività                   |
| <input type="checkbox"/> eruzioni cutanee            | <input type="checkbox"/> insicurezza                    |
| <input type="checkbox"/> prurito                     | <input type="checkbox"/> senso di fallimento            |
| <input type="checkbox"/> dermatite                   | <input type="checkbox"/> solitudine                     |
| <input type="checkbox"/> allergie                    | <input type="checkbox"/> calo del desiderio sessuale    |
| <input type="checkbox"/> difficoltà di deglutizione  | <input type="checkbox"/> disturbi della sfera sessuale  |

FIRMA

**Psicologi & Psicologia**  
*in Sicilia*

RILEVAZIONE e VALUTAZIONE del  
**MOBBING**



## MOBBING: la risposta degli psicologi a un fenomeno strettamente psicologico

Maurizio Cuffaro - psicologo

**L**ucrezia, insegnante seria, impegnata nel suo lavoro, preparata, costantemente aggiornata, è fatta segno di perfide calunnie che tentano di demolirne la dignità e la moralità, si dice che abbia contatti intimi con i suoi allievi, che scambi promozioni con prestazioni sessuali, che trascuri parti fondamentali del programma d'insegnamento perché ne sconosce i contenuti. Le vengono assegnati i corsi peggiori anche se avrebbe diritto ai migliori per la posizione che occupa in graduatoria, i compiti dei suoi allievi vengono letti in collegio come esempio negativo, le si attribuiscono colpe e responsabilità cui è del tutto estranea. I colleghi la isolano, non le rivolgono la parola, tacciono all'improvviso se lei si avvicina.

Giacomo è un impiegato comunale, da trenta anni svolge le sue mansioni con solerzia, da qualche tempo vede progressivamente diminuire le pratiche da evadere mentre i colleghi lamentano il fenomeno opposto, riceve frequenti richiami dal funzionario per scarsa produttività, chiede di essere impegnato maggiormente ma le sue richieste cadono nel vuoto. Riceve una nota di demerito per l'esito di una pratica che è stata evasa da un altro impiegato. Chiede, e questa volta ottiene, di essere ricevuto dal dirigente ma questi, piuttosto che ascoltare le sue ragioni lo investe duramente coprendolo d'insulti, lo accusa di inettitudine e gli consegna una lettera con cui viene rimosso dalle mansioni sempre ricoperte ed assegnato a 'compiti di segreteria'. Il giorno successivo trova la sua scrivania occupata da uno sconosciuto, viene spostato in uno sgabuzzino, non gli viene assegnata alcuna mansione.

Lucrezia, Giacomo e tanti altri con loro sono le vittime di ciò che si chiama mobbing, la forma più perfida e subdola di attacco alla psiche del lavoratore che la mente umana abbia saputo ideare. Da qualche tempo il fenomeno viene emergendo dalle nebbie in cui è stato avvolto ed assume sembianze umane, di donne e uomini sofferenti, umiliati, resi deboli, quando non del tutto impotenti, frequentemente rassegnati ad un destino che considerano ormai inevitabile e, in alcuni casi, pronti a consegnarsi al nemico pur di farla finita.

Da quando il fenomeno è stato individuato e reso punibile per legge, il numero dei casi portati all'attenzione dei centri che se ne occupano è in costante aumento, tanto da suscitare l'interesse professionale degli psicologi e spingere il Consiglio dell'Ordine della nostra regione alla istituzione, su mia proposta, di un gruppo di lavoro che predisponesse le linee guida per l'individuazione e la valutazione del mobbing da parte degli psicologi.

Il gruppo è stato costituito in maniera mirata mettendo insieme le diverse competenze necessarie, ne hanno fatto parte Giuseppe Sammartano e Antonella La Commare, rispettivamente dirigente del servizio e di responsabile del Centro Antimobbing dell'A.U.S.L. di Trapani, Franca D'Angelo, responsabile dell'omologo Centro dell'A.U.S.L. di Palermo, Pietro Smirni e Barbara Notarbartolo, rappresentanti della Commissione interna per il contenimento del mobbing dell'A.U.S.L. di Catania, Antonio Sperandeo, consulente dello sportello antimobbing della CGIL di Palermo, Giuseppe Santisi, professore associato di Psicologia del Lavoro dell'Università Kore di Enna, e Maurizio Consoli. Il gruppo, che mi onoro di

avere coordinato, ha affrontato la complessa e vasta problematica evidenziandone le possibili sfaccettature.

### Natura psicologica del mobbing

Risulta evidente che chi utilizza metodi come quelli denunciati da Lucrezia e Giacomo sceglie la via psicologica piuttosto che quella legale per mettere alle corde un lavoratore. La motivazione è piuttosto evidente: se qualcuno attacca il mio ruolo lavorativo ma non la mia autostima e la mia persona reagisco facendo scendere in campo il sindacato, o mi rivolgo ad un legale. Consapevole del mio diritto perseguo le vie atte a difenderlo e farlo valere. Ma se chi mi vuole far fuori (lavorativamente si intende) riesce a rendermi profondamente insicuro, isolato, rassegnato a vessazioni sempre peggiori, se riesce a farmi avere paura di andare al lavoro, se riesce ad indurmi a reazioni scomposte o sbagliate allora ha molte più probabilità di rendermi inerme e di spuntarla.

### Natura psico-sociale del mobbing

Affinché la tattica di distruzione psicologica del lavoratore abbia successo è necessaria la partecipazione, anche soltanto nel ruolo di spettatore passivo, di un pubblico. Si è soliti dire "mal comune mezzo gaudio" proprio a sottolineare come i dispiaceri di qualsivoglia natura influiscano maggiormente su un soggetto se lo rendono diverso dagli altri. Le azioni mobbizzanti risultano maggiormente efficaci proprio perché indirizzate ad un singolo (o al massimo a pochi individui) mentre un comportamento normale, o addirittura premiante, è rivolto agli altri colleghi. Gli effetti di questa tattica sono devastanti: non posso dire che il mio carnefice sia cattivo, gli altri mi smentirebbero immediatamente; non posso attribuire al caso quella che è con tutta evidenza una persecuzione architettata con intelligenza e costanza. Evidentemente sono io ad avere qualcosa che non va, anche i colleghi mi isolano, lo pensano anche loro. Il pubblico infatti si tiene a distanza per non vedersi associato a chi è in evidente disgrazia, teme di fare la stessa fine. E poi, diciamolo con chiarezza, ci fa sentire forti il saperci al sicuro mentre altri annaspiano e rischiano di affogare. La presenza del pubblico è davvero indispensabile al disegno mobbizzante.

### Competenza psicologica nell'azione di contrasto

Se il mobbing ha natura psicologica e psico-sociale è evidente che la figura professionale deputata a contrastarlo deve essere quella dello psicologo. Per quanto tautologico possa apparire l'assunto, l'esperienza ci mostra che in tempi di difficoltà economica la concorrenza diviene sfrenata e molte sono le categorie 'concomitanti' pronte ad appropriarsi di attività che ritengono di essere in grado di affrontare.

Ribadiamo con forza che è indispensabile la competenza psicologica per comprendere e trattare un fenomeno che sul piano psicologico è interamente giocato. Devo essere psicologo per riconoscere, comprendere e valutare un danno che interessa a fondo la sfera psicologica. Devo avere competenza psicologica per intervenire in termini formativi sulle organizzazioni lavorative e addestrarle a prevenire il fenomeno.

Ci auguriamo che i prossimi Consigli, regionale e nazionale, dell'Ordine degli psicologi vogliano e sappiano spostare sul piano politico la questione ed utilizzino la forza data dal numero degli iscritti per negoziare interventi legislativi che prevedano in maniera chiara ed inequivocabile la presenza

della figura dello psicologo in tutte le attività connesse alla prevenzione ed al contrasto del mobbing.

## Competenza dello psicologo

Nelle more ed a conforto dell'emanazione di una legge nazionale sul mobbing - (va ricordato che iniziative legislative regionali in tal senso sono state bocciate, o sono abortite per non farsi bocciare, visto che alla luce della nuova regolamentazione della ripartizione delle competenze tra stato e regioni la materia è di competenza statale) - è però necessario che gli psicologi si facciano apprezzare per la competenza nell'affrontare il fenomeno.

Se vogliamo vedere riconosciuto il nostro ruolo bisogna che siamo in grado di ricoprirlo con maggiore competenza ed efficacia dei nostri concorrenti. Ecco dunque il senso del lavoro che in allegato al notiziario viene fornito a tutti i colleghi: offrire agli psicologi uno strumento che li ponga nella condizione di seguire tutti i passaggi che la letteratura specializzata e l'esperienza dei servizi operanti nel campo hanno indicato per pervenire alla individuazione ed alla valutazione del mobbing evitando posizioni di parte e contrapposizioni connesse ad errore o omissione. Non si intende minimamente conculcare il libero giudizio di ciascun professionista, si vuole soltanto fornire una procedura approvata dall'Ordine professionale che, prevedendo tutti i passaggi necessari, impedisca che alcuni elementi assumano rilievo preponderante o addirittura esclusivo, e consenta che lo psicologo si formi un proprio convincimento alla luce di tutti i dati necessari.

## Linee guida

La procedura, proposta dal gruppo di lavoro ed approvata dal Consiglio, è contenuta in dettaglio nell'opuscolo allegato.

Mi limiterò a darne qui un breve commento. È fondamentale che lo psicologo raccolga tutte le informazioni necessarie per costruirsi il convincimento di trovarsi realmente in presenza di una vittima di mobbing. Nell'esperienza dei centri pubblici siciliani la presenza dei 'falsi positivi', di coloro cioè che impropriamente si ritengono mobbizzati, arriva all'ottanta per cento circa degli utenti. Non si tratta soltanto di paranoici, i più considerano mobbizzanti azioni che non lo sono affatto o atteggiamenti della dirigenza o di colleghi che sono generalizzati e non indirizzati ad personam. Bisogna essere cauti nella valutazione e ricordare che, giusta sentenza della Cassazione, le accuse ingiuste verso il datore di lavoro o verso colleghi costituiscono giusta causa per il licenziamento. È vero che spetta al giuslavorista la valutazione della sostenibilità giuridica dell'accusa di mobbing, ma è anche vero che è dovere deontologico dello psicologo non favorire o incoraggiare aspettative vane.

La raccolta degli elementi personologici e di danno è probabilmente la fase più delicata del percorso. Bisogna fornire agli operatori del ramo giudiziario tutte le informazioni atte a delineare la personalità del soggetto ed il danno che quella personalità ha subito a causa delle azioni mobbizzanti. Le linee guida descrivono tanto gli indicatori di danno quanto gli strumenti da utilizzare per la rilevazione. Mi appare opportuno sottolineare che il soggetto che in quanto si ritiene vittima di mobbing si rivolge allo psicologo, ne utilizzerà il parere per ottenere un risarcimento del danno subito, è suo interesse che tale danno risulti maggiore possibile. Ciò induce alla massima cautela nella valutazione e impone di utilizzare strumenti testologici che si sottraggano alle manipolazioni, volontarie o inconsapevoli, del soggetto interessato. Per tale ragione suggerisco l'uso dei test proiettivi, che, rispetto ai questionari e agli inven-

tari, si avvantaggiano di griglie interpretative note soltanto agli esperti ed inimmaginabili da parte del pubblico.

È opportuno che lo psicologo evidenzi, se vi sono, i motivi per cui le (o alcune delle) azioni mobbizzanti risultino particolarmente traumatiche per il soggetto in esame.

## Intervista strutturata

Per rendere agevole il lavoro dello psicologo, il gruppo di lavoro ha messo a punto il modello di intervista strutturata che nasce dall'adattamento di vari strumenti tutti derivanti dal lavoro di Leymann. L'intervista non prevede attribuzione di punteggi e non è standardizzata, costituisce soltanto lo strumento per la raccolta degli elementi indispensabili per la valutazione. È attualmente utilizzata in via sperimentale dai centri pubblici di Palermo e Trapani. Ne suggeriamo l'uso a tutti i colleghi in quanto prevede tutti i passaggi necessari posti nell'ordine che l'esperienza ha suggerito. Analoga proposta ritengo vada avanzata ai centri operanti in Italia, sarebbe davvero utile alla categoria disporre di uno strumento testato sull'intero territorio nazionale, prodotto dall'Ordine professionale e pertanto proprietà di tutti gli psicologi, capace di sottrarre la valutazione del mobbing a quanti lo considerano soltanto un business piuttosto che un'emergenza sociale.



## La psicologia di James Hillman al Crocevia

Antonella Russo - psicologo



### Per cominciare...

Quando si decide di creare un'associazione culturale come "Crocevia", la motivazione più importante per la sua costituzione è l'amore per la conoscenza, e il desiderio di un confronto intellettuale e di esperienze, agito nella ambizione di potersi scambiare in modo intellettualmente onesto quanto più è possibile, e sul piano professionale e umano.

L'associazione "Crocevia" ([www.crocevia.info](http://www.crocevia.info)) presente in Catania ormai da più di due anni è nata sotto il segno dell'amore per la cultura non solo psicologica, nel rispetto delle differenze che sono fonte di confronto continuo e principali ispiratrici del modello complesso a cui si riferiscono i costituenti e membri.

L'appuntamento associativo del corrente anno si è accentrato sul libro di James Hillman *"Revisione della psicologia"* arrivato già al suo trentesimo anno di vita.

Hillman gode per la maggioranza dei soci dell'Associazione di un particolare interesse; in particolare Riccardo Mondo e Luigi Turinese, avendo collaborato recentemente con l'Autore, hanno pensato di rendergli omaggio organizzando un ciclo di seminari che avessero la caratteristica di essere anche da stimolo al confronto tra i soci.

Gli incontri sono stati quattro, uno per ogni capitolo del libro e ciascuno con l'ambizione di rivedere le singole sezioni dell'opera, al fine di rivederne i risvolti teorici e le implicazioni cliniche che ha apportato alla cultura psicologica.

Hillman pubblicò il testo nel 1975, e al suo apparire il testo provocò una vera e propria rivoluzione.

Come sempre i fautori gioirono dell'originalità di approccio che leggevano forse per la prima volta dopo tanti anni di quiete esaltazione del modello unico di approccio alla terapia.

Gli scettici lo considerarono un fenomeno transitorio mentre i delatori ingaggiarono una battaglia ideale contro il pensatore dirimente che metteva in crisi i crismi teoretici fin lì adottati.

I seminari proposti questo anno dall'associazione "Crocevia" hanno voluto rendere omaggio al Maestro trattando temi delicati per la scienza psicologica quali "l'immaginazione delle cose", il senso della "patologizzazione", le conseguenze della psicologizzazione intesa come "visione in trasparenza" e in ultimo la difficile interpretazione dell'atteggiamento del "fare anima" che per intrinseca sua natura, essendo estremamente "insaturo" di significati, si presta a innumerevoli e a volte troppo "personalizzate" interpretazioni.

Viene in mente il quadro di Magritte *"Ceci n'est pas une pipe."* (1929), e dell'enorme impatto che questo procura nell'osservatore non ingenuo che dall'idiosincrasia visiva e letterale ne trae un'intuizione che lo porta verso un diverso livello di coscienza.

Affermare infatti come fa Magritte che la pipa che lui dipinge non è una pipa anche se è quello che si vede, rimanda alla questione più ampia della rappresentazione del mondo e della sua corrispondenza con ciò che è il mondo.

In Psicologia troppo spesso ci si atteggia a eruditi facen-

do dotte riflessioni su cosa sia o cosa invece non sia la Psiche e le sue rappresentazioni.

La psicopatologia è riconosciuta tramite preziosi manuali che servono come terreno e base comune per intenderci, ma dietro i quali troppo spesso ci si nasconde per non provare a implementare l'approccio teorico di base, con la sterminata esperienza della pratica, che ci costringe sempre a verificare se il paziente che abbiamo davanti, con il suo disagio è poi solo una "rappresentazione della pipa" che sta nella mente soltanto, ma che non è "la pipa" in sé.

"Per quanto l'immagine e il testo siano evidentemente correlati, è difficile dire se l'asserzione del testo sia vera o falsa. Non è una contraddizione, né una tautologia, né una verità necessaria, poiché nulla può essere una pipa e una non pipa" (S. Gablik, 1985).

Non è facile riuscire ad entrare in un discorso che corre sempre sul filo del possibile senza mai farsi affascinare dalla tentazione di avvolgere un nodo.

Hillman invitandoci a vedere in trasparenza, ci ricorda che in fondo la vita e il suo senso è sempre un po' più oltre quello che crediamo e che se vogliamo cogliere una stilla dell'immenso dobbiamo accettare la relatività del pensare e dell'agire, sapendo che la via per quanto larga ed affollata sempre porta ad un Crocevia che relativizza e limita lo spazio individuale a favore di una visione dell'insieme e del collettivo più ampia.



### Per finire...

I seminari sono stati tenuti dai dottori Antonella Russo, Alfonso Sottile, Daniele Borinato e Lilia Di Rosa a partire da Gennaio del corrente anno fino a Maggio. L'ordito è stato tessuto da Mondo e Turinese che a tutt'oggi nel panorama catanese hanno dato vita ai più originali incontri con il pensiero junghiano e hillmaniano a partire dal convegno su Hillman organizzato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana nell'ormai lontano ottobre del 2001.

Lo scorso Giugno, in occasione della chiusura dell'anno sociale dell'Associazione, si è tenuta una tavola rotonda su "L'Eresia di J. Hillman al Crocevia". Letture e commenti sul libro "Caro Hillman. Venticinque scambi epistolari con James Hillman" a cura di Mondo e Turinese, questa volta introdotti e commentati dai colleghi Rosario Puglisi, Angela Giannetto, Maurizio Nicolosi, Alfonso Sottile e dalla professoressa Lucia Arsi. Alcuni brani del libro sono stati letti dall'attore Antonio Bruno.

## La Psicologia Giuridica: sintesi di un interessante percorso formativo

*Daniela Ajovalasit - psicologo*

*Rosalia Pampinella - psicologo*

**L**e nuove politiche sociali sono sempre più orientate verso la multi - disciplinarietà degli interventi; questo ha orientato l'ambito della formazione verso nuove prospettive e nuovi orientamenti professionali. La Psicologia Giuridica, a tal proposito, a ragione può essere inserita tra queste discipline, dal momento che in essa confluiscono saperi diversi, ma al contempo inestricabilmente legati da finalità operative comuni e condivisibili. La Psicologia e il Diritto, insieme a tutte le scienze sociali e pedagogiche, si incontrano su un territorio complesso, ma estremamente proficuo sul piano della ricerca e dell'intervento. Nasce così, a Palermo, grazie alla sinergia della Facoltà di Scienze della Formazione e del Dipartimento di Psicologia di Palermo con la Facoltà di Giurisprudenza, un'importante iniziativa formativa: il Master di I livello in Psicologia Giuridica "Gigliola Lo Cascio". All'iniziativa hanno collaborato numerosi Enti e Soggetti esterni.

Il Master, fortemente voluto dalla prof.ssa Angela Maria Di Vita è stato intitolato alla dr.ssa Gigliola Lo Cascio, una delle pioniere della Psicologia Giuridica a Palermo. La programmazione del Master, con il supporto organizzativo della dr.ssa M. Garro, è stata resa possibile grazie al contributo di un comitato proponente formato oltre che dal coordinatore scientifico (prof.ssa A. M. Di Vita), dal prof. G. Galasso (referente per la Facoltà di Giurisprudenza), dalla dr.ssa M. V. Randazzo, sostituto procuratore della Repubblica presso la Procura minorile di Palermo, e dalla dr.ssa R. Barbera, direttore dell'istituto penale per i minorenni (referenti istituzionali). Il comitato si è anche avvalso della collaborazione del Procuratore Capo della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, dr.ssa M. T. Ambrosini.

I venticinque allievi del Master, aventi diversi percorsi formativi (psicologi, avvocati e pedagogisti), nell'ottica propria della Psicologia Giuridica, hanno avuto l'opportunità di confrontarsi e da questo di comprendere la necessità di una azione operativa comune. In ragione di quanto affermato, la stessa organizzazione del Master si è caratterizzata per una varietà di moduli e di attività di tirocinio.

Divisi tra area Civile e area Penale, i contributi dei numerosi docenti hanno affrontato i temi più squisitamente psicologici e quelli giuridici tentando di offrire agli allievi un vertice osservativo psico - giuridico. Ogni modulo ha contemplato sia lezioni frontali che attività di tirocinio, all'interno delle quali l'intento primo è stato quello di far emergere le competenze specifiche delle diverse professionalità in gioco e, per altro verso, di sottolineare gli ambiti in cui queste stesse si incontrano e lavorano insieme in favore della tutela dell' "Altro". Gli allievi del Master, per lo svolgimento dell'attività didattica, sono stati ospiti sia della Facoltà di Giurisprudenza che di quella di Scienze della Formazione in modo che anche attraverso il contesto si avvertisse la partecipazione dei due ambiti disciplinari.

Più in dettaglio, gli argomenti trattati all'interno dei

moduli sono stati approfonditi sempre sia dal punto di vista psicologico e pedagogico che da quello più strettamente giuridico e legislativo.

Il Master, in prima istanza, si è occupato di delineare il contesto psico-giuridico di interesse generale, attraverso il tema della "certezza e della probabilità" nei due ambiti, proprio nell'intento di costruire uno spazio mentale che potesse servire ai partecipanti come punto di partenza su cui fondare il proprio sapere di professionisti Psico-Giuridici (M.V. Randazzo, A. Ruvolo, M. Taormina, L. Rossi, M. Di Martino).

Il modulo dell'adozione - area civile - ha al suo interno previsto oltre gli approfondimenti legati direttamente al tema dell'adozione nazionale ed internazionale, anche la trattazione di argomenti quali la filiazione e la potestà genitoriale e tutte le condizioni in cui il Tribunale per i minorenni interviene (l'adozione è l'esempio estremo). All'interno delle attività di tirocinio merita menzione il laboratorio sull'adozione, che ha visto gli allievi del Master impegnati in una simulazione di un gruppo di maturazione per le coppie aspiranti l'adozione. I docenti hanno condotto gli allievi lungo un percorso d'immedesimazione nei vissuti delle coppie, in modo da consentire una riflessione proficua sulle tematiche psicologiche delle coppie. Di particolare interesse, inoltre, è stata la visita degli allievi presso il Tribunale per i minorenni, dove essi hanno potuto partecipare a delle Istruzioni civili e a dei gruppi per l'abbinamento delle coppie con bambini in stato di adottabilità (A. Ruvolo, G. M. Scafidi Fonti, A. Santona, M.C. Venuti, B. Giardina)

Altra macro area in ambito civile ha riguardato il tema della separazione e del divorzio. L'argomento, affrontato dai diversi punti di vista dei protagonisti - coppie, figli, ma anche Giudici, Avvocati e Psicologi - si è caratterizzato, nel corso delle ore dedicategli, per una tendenza comune alla comprensione delle possibili soluzioni di intervento e di risoluzione dei conflitti tra coniugi, nell'ottica di un possibile futuro intervento (quantomeno parzialmente risolutivo) che tuteli il minore, centro di interesse condiviso da tutti gli operatori. Di grande attualità, a questo proposito, è risultato il tema della Mediazione Familiare, pratica difficile ma ricca di potenzialità operative. Il tema dell'annullamento del matrimonio Ecclesiastico a concluso il modulo offrendo spunti di riflessione interessanti, soprattutto in riferimento ad un argomento difficile da affrontare per le implicazioni che intercorrono tra Diritto e Psicologia e Diritto Ecclesiastico (M. Taormina, M. T. Ambrosini, A. Salerno, R. Conti, S. La Grutta, M. Ferrante)

Trasversale a questi due ambiti è risultato essere il modulo che ha trattato in modo più specifico le questioni procedurali in ambito civile, ove ha occupato un ruolo certamente centrale il tema delle Consulenze d'Ufficio (CTU) e di Parte (CTP). Esso ha riguardato più direttamente gli allievi laureati in Psicologia e Pedagogia (in quanto esperti nominati consulenti), ma anche gli Avvocati. Essi hanno potuto portare in aula il loro punto di vista, cioè quello di fruitori del Consulente, offrendo una inaspettata e proficua

dimensione riflessiva rispetto alla comprensione dello strumento consulenza dai diversi punti di vista. Le questioni riguardanti le Consulenze e le competenze dei Tribunali hanno chiaramente affrontato le diverse questioni, sia dal punto di vista del Tribunale Civile ordinario che minorile. Giudici, Pubblici Ministeri, Avvocati hanno in particolare portato la loro esperienza diretta e hanno potuto chiarire quali sono le esigenze legate al momento decisionale, il quale ha, oltre che delle esigenze procedurali ben definite, anche delle implicazioni etiche e morali (A. M. Di Vita, M. Garro).

Su altri versanti, l'area civile ha incluso un interessante ambito quale quello della legislazione in materia di lavoro e di pari opportunità. Il tema dei diritti delle persone - uomini, donne e bambini - in ambito lavorativo risulta essere oggi di grande interesse e, alla luce di quanto emerso nel corso delle lezioni, di assoluta pertinenza con le professionalità presenti. Mentre il tema del lavoro minorile attiene soprattutto a questioni di tutela dello sviluppo della personalità, gli aspetti riguardanti il lavoro femminile e maschile attengono a questioni più complesse in cui si possono ravvisare aspetti di tutela nei casi di lavoratori appartenenti a classi di minoranza o diversamente abili, ma anche a questioni legate alle condizioni all'interno delle quali si esplica l'attività lavorativa. Il mobbing, patologia delle organizzazioni, ha impegnato gli allievi sia nella trattazione dei complessi aspetti fenomenologici, ma anche nella trattazione di casi oggetto di discussione (M. Annino, G. Venza, F. Ceresia, A. Bellavista, G. Palmeri, L. Dentici).

In ambito penale di grande interesse è risultato il tema dell'abuso sui minori e della violenza sessuale in generale. I due temi hanno occupato una grande parte del corso proprio per l'enorme complessità di leggi, provvedimenti, politiche sociali e aspetti psico - pedagogici che in modo diverso attraversano il tema della violenza sulla persona. Gli allievi hanno avuto l'opportunità di conoscere tantissime figure professionali che a diverso titolo lavorano ogni giorno per combattere questo fenomeno. Oltre ai professionisti appartenenti all'area psicologico -giuridica in senso stretto - che

hanno con precisione sviluppato le questioni legate alla procedura e alla dimensione psichica della vittima e del reo -, sono intervenuti diversi funzionari della Polizia di Stato che hanno portato la loro difficile, ma importante testimonianza proprio nell'intento di far comprendere come il loro lavoro sia essenziale per la tutela della dignità della persona. Proprio per la centralità che questo tema riveste in ambito sociale, il coordinatore del Master ha ritenuto opportuno invitare colei che più di altri si è fatta promotrice dell'attuale legislazione in materia di violenza sessuale: l'Onorevole Anna Finocchiaro ha incontrato gli allievi discutendo e documentando il difficile iter legislativo che ha portato alla legge. A questo ha fatto seguito un dibattito con gli allievi a cui l'On. Anna Finocchiaro si è prestata con entusiasmo e grande disponibilità. Per quanto attiene, poi in particolare, l'abuso sessuale sui minori di grande interesse è risultata essere la testimonianza degli operatori del Telefono azzurro da anni impegnati nella gestione delle situazioni di emergenza cercando di promuovere il contatto diretto con il minore vittima. Tutti gli argomenti del modulo sono stati affrontati in modo che gli allievi potessero fare esperienza diretta di questa realtà, in particolare modo conoscendo le strutture a cui vengono affidati i minori vittime di violenze: violenza sessuale, ma anche psicologica, maltrattamento e carenze di provvidenze in ambito familiare (A. Ruvolo, S. Lipari, R. Maida, A. Sinagra, D. Arpaja, P. Seminara, P. Morosini).

Di rilievo è stato il tema del carcere che inevitabilmente interessa l'area penale. Il carcere è punto di arrivo del percorso di condanna, ma rappresenta soprattutto l'inizio di un difficile e doloroso percorso di riabilitazione sociale e personale. Gli allievi, grazie al contributo degli operatori, hanno compiuto un percorso che li ha portati dalla conoscenza delle modalità attraverso cui si attua la condanna dal punto di vista strettamente giuridico, attraverso l'approfondimento delle tematiche della riabilitazione da un lato e dall'altro attraverso la conoscenza della dimensione carceraria in tutta la sua drammaticità - il dramma qui è rappresentato dal fatto che il carcere è un'Istituzione totale e tota-

lizzante -, fino a giungere alla conoscenza diretta del carcere (visita alla casa Circondariale Ucciardone di Palermo) e delle strutture che si occupano dell'affidamento del condannato a cui è stata assegnata una misura alternativa alla detenzione (Centro Servizio Sociale per adulti). In ambito minorile l'aspetto carcerario rappresenta solo l'ultima ratio dell'intervento giudiziario in favore di interventi alternativi quali l'affidamento a Servizi, Comunità o alla stessa famiglia, la Messa alla prova, l'osservazione del minore e così via. L'assunzione di responsabilità rispetto al reato commesso, in ambito minorile, risulta essere il principio guida del Giudice Minorile. A questo proposito, avere assistito a delle Udienze Preliminari presso il Tribunale per i Minorenni di Palermo, ha rappresentato un'importante presa d'atto per gli allievi dell'importanza che la tutela del minore ha anche nelle situazioni in cui egli è reo (R. Barbera, R. Di Giovanni, G. La Face, G. Galasso, M. V. Randazzo, M. Di Martino, A. Balsamo, E. Sanseverino, L. Sava, M. Caiozzo, M. Di Blasi, R. Agosta, B. Notarbartolo, G. Ruvolo, G. Pampillonia).

Gli allievi del Master hanno avuto l'opportunità di arricchire la loro esperienza formativa partecipando a diverse attività di tirocinio. In particolare gli allievi hanno visitato diverse strutture residenziali per minori (Istituto Valdese, Comunità Tamburo di Latta, Case Famiglia della Cooperativa Sviluppo Solidale, Comunità Pelope) e strutture pubbliche e private che a vario titolo si occupano dei temi psico - giuridici (Drop-in, Telefono Azzurro, Ospedale Nuovo di Cefalù, Casa Circondariale Ucciardone, Prefettura di Trapani, Tribunale per i minorenni).

Inoltre, come ausilio alle esperienze di tirocinio e alle lezioni, gli allievi hanno seguito diversi seminari e convegni che hanno consentito l'ampliamento dei temi trattati attraverso la testimonianza di operatori (laboratorio sull'adozione, laboratorio sul carcere e sulle donne in carcere, Psicologia dell'emergenza, laboratorio sui metodi osservativi in psicologia giuridica, le dipendenze da internet, prevenzione dei rischi di suicidio in adolescenza - Amico Charlie).

## “Il counselling psicologico nella procreazione assistita: un modello integrato”

Manfredi Asero - psicologo

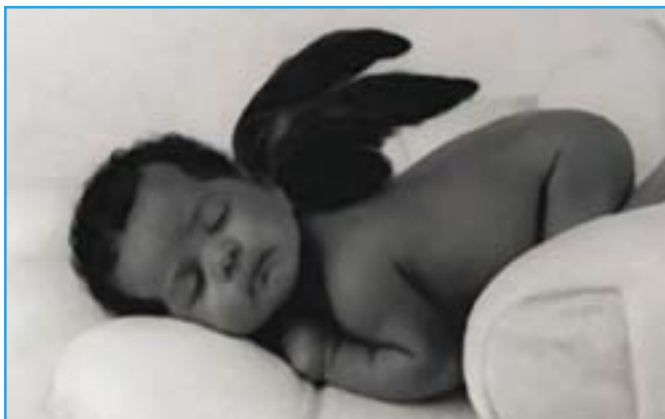
**L**e discussioni ed i dibattiti cui abbiamo assistito in occasione della recente tornata referendaria che ha interpellato la legge 40/2004, che regolamenta l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (in seguito PMA), hanno dato grande risalto solo ad alcune, certamente importanti, delle tante tematiche connesse all'infertilità.

L'attenzione in via esclusiva sugli aspetti etici ed ideologici, nell'uno e nell'altro schieramento, ha reso polemico quanto inestricabile ogni confronto pubblico, e purtroppo messo in secondo piano le tematiche esistenziali, umane e psicologiche che avrebbero reso più visibili, e forse maggiormente comprensibili, anche le conseguenze che tale condizione può comportare per la persona che la vive. Stessa sorte hanno subito una serie di informazioni, da quelle epidemiologiche a quelle riguardanti lo stato di fatto della ricerca scientifica nel campo, saggiamente ben lontana da quelle mirabolanti imprese, giustamente definite inaccettabili, paventate a concretizzarsi in eugenetica.

Due brevi esempi.

I problemi di fertilità nei paesi industrializzati tendono costantemente ad aumentare: in Europa si calcola, ad esempio, che la conta spermatica (*numero di spermatozoi presente in un ml.*) è diminuita di 2/3 in appena una generazione, e la ricerca scientifica non sa cosa fare per fermare questa “emorragia”, tutta maschile, di fertilità.

Chi ricorre alle tecniche di PMA, in Italia, è circa il 20-25% della popolazione infertile annuale. Ciò significa che è una scelta “dura”, pesata, travagliata, anche in considerazione che circa l'80% dei pazienti si dichiara cattolico.



L'intreccio tra i fattori medico-biologici, organici, funzionali, molecolari e genetici da un lato, quelli psicologici, ovvero emozionali, cognitivi, relazionali ed esistenziali, e quelli sociali, cioè etici, religiosi, culturali e giuridici dall'altro, spiega come la scelta di eseguire uno o più trattamenti medicalmente assistiti comporti una molteplicità di sfaccettature, che ne rendono complessi, per pazienti ed operatori, l'approccio e la gestione.

A titolo esemplificativo, si pensi alle problematiche derivanti dalla “probabilità di successo”, termine con cui si indica l'at-

tesa dell'esito positivo dall'esecuzione di tecniche di PMA: dipendono in larga misura dalle conoscenze scientifiche sviluppate intorno al processo della riproduzione umana, e differiscono per età della donna, per patologia, per tipo di tecnica utilizzata, per parametri biologici propri della coppia, non superando, ad oggi, nel migliore dei casi, un'attesa media del 35-40%.

Basti questo per immaginare cosa può significare affrontare in termini d'incertezza, di dubbi e perplessità, le sollecitazioni, ripetute ed invasive, a cui le coppie decidono di sottoporsi, dettate dal protocollo medico, peraltro lungo e complesso (4/5 mesi), il cui esito si spera possa cambiare profondamente la propria condizione di vita, e come, pertanto, sarebbe molto indicato, per i pazienti, l'utilizzo specifico delle nostre competenze professionali.

Nel nostro paese, anche in questo solitario in Europa, non sempre questi aspetti trovano la giusta collocazione all'interno del protocollo di cura, prevalentemente focalizzato, e spesso in modo esclusivo, su quelli medico-biologici in quanto causa prima delle difficoltà procreative.

Ciò perché, spesso ritenuto superfluo dai medici, manca chi si occupa della coppia considerandone la sfera affettiva, l'ambito relazionale, intimo, familiare e sociale, lo stato psicofisiologico connesso allo stress; tematiche che, pur presenti, tendono ad essere scartate dai sanitari che, nei migliori casi e con le prevedibili difficoltà, si ritrovano comunque a doverle gestire non avendone i mezzi idonei, cioè la formazione adeguata, ad ottimizzarne le dinamiche.

Non a caso, e soltanto nei centri di maggior prestigio, sebbene non in tutti, è presente lo psicologo, quale “garante” di un'attenzione che va ben al di là di quella riservata alle problematiche di ordine biologico.

Bisogna aggiungere che laddove presente, lo psicologo è spesso una figura unica, e tipicamente con un rapporto di lavoro a tempo parziale, impostazione che ne rende marginale la presenza nell'ambito dell'equipe medica, e può consentire solo in parte di predisporre operativamente l'intervento clinico come un insieme di attività consolidate per seguire in modo appropriato i pazienti a scadenze temporali coincidenti con gli step più importanti, per tutta la durata del protocollo.

Diversi colleghi, sparsi un po' dovunque in Italia, lamentano alcuni di questi limiti, testimoniando come anche in un contesto sanitario di alta specializzazione interdisciplinare, certi preconcetti, a volte, sono ancora duri a morire.

Avevamo peraltro già segnalato come la contestata legge 40/2004 non abbia considerato istituzionalmente necessaria la presenza degli psicologi in tale ambito, disattendendo il reiterato parere espresso dall'Istituto Superiore della Sanità, ponendoci anche in questo fuori da quanto è abituale nei paesi industrializzati.

Attendiamo il riaprirsi, in ambito parlamentare, del dibattito sulle modifiche da apportare ad alcuni articoli, nella speranza di vedere soddisfatte le nostre richieste.

Questa attuale condizione, tutta italiana, rende ancora più significativa la necessità di dotarci di strumenti professionali specifici, in termini di know-how, quali migliori strategie al fine di consolidare comunque un riconoscimento sempre più vasto

alla valenza che la nostra professione può e deve avere in contesti così delicati per la salute delle persone.

In quest'ottica, viene presentato, nelle sue linee generali, il modello integrato di counselling psicologico della procreazione medicalmente assistita attualmente operativo, grazie al lavoro di un team di psicologi, presso l'Unità di Medicina della Riproduzione dell'Associazione Hera di Catania, un'associazione non lucrativa costituita da pazienti ed operatori, attiva da dieci anni, che da sempre si distingue sia per i contributi scientifici prodotti, sia per la qualità dei servizi sanitari offerti.

Un quadro introduttivo tratterà le coordinate delle principali tematiche della consulenza psicologica nella PMA, e servirà ad introdurre la presentazione degli interventi clinici.

Frutto di un'evoluzione operativa decennale, il loro insieme risulta conforme a quanto espresso nelle Linee Guida per la Consulenza Psicologica nella procreazione assistita, e può certamente rappresentare un piccolo passo verso lo sviluppo di quell'interdisciplinarietà fra le professioni sanitarie che l'attenzione alla qualità delle cure mediche rende sempre più opportuna e necessaria perseguire.



genitore ci si può accorgere di non poter dar seguito a questa "grandiosa" spinta esistenziale. Per questo, l'impatto dell'infertilità sulla persona coinvolge principalmente la sfera affettiva ed emotiva dell'individuo. Fin dall'esordio, l'infertilità mortifica il senso di autostima, di soddisfazione per le proprie condizioni esistenziali, deprime il benessere personale in quanto mette in crisi diversi contenuti della propria soggettiva identità sessuale, con conseguenti ricadute anche sulla sfera delle dinamiche più intime del rapporto di coppia.

Può anche indurre, in soggetti predisposti, forme psicopatologiche di una certa entità (depressione secondaria, nevrosi ossessive, nevrosi d'ansia, reazioni fobiche, ecc). Tali effetti si riverberano sull'insieme del rapporto a volte fino a causarne la rottura; più spesso, impegna i partner in un lungo, complesso processo di ridefinizione del rapporto.

Questo viene vissuto alzando un muro all'esterno della coppia, che temendone, spesso a ragione, una scarsa comprensione, tende ad isolarsi emotivamente dal quel contesto sociale, familiare ed amicale, che in altri frangenti può fungere da rete di sostegno affettivo, a cui, pertanto, la coppia rinuncia.

In seguito, può continuare a produrre disagi e sofferenze anche soltanto per la dinamica spesso seguita nell'iniziale iter diagnostico (pensiamo ai rapporti mirati ed all'effetto che il non riuscire ad ottenere il risultato desidera-

to neppure sottoponendosi a queste attività alienanti ha sul desiderio sessuale e sulla vita intima della coppia).

Prolungandosi nel tempo, questa condizione può spesso innescare una reazione da stress cronico, che agendo sulla regolazione degli equilibri ormonali, incide particolarmente sulla fisiologia dei suoi apparati riproduttivi e sull'alterazione della funzionalità del sistema immunitario, che sembra avere un ruolo centrale nell'esito positivo o negativo dell'applicazione delle tecniche di riproduzione assistita.

Dal punto di vista neuroormonale, l'aumento dei livelli plasmatici di cortisolo (CRH), dovuto alla cronicizzazione della risposta da stress, conduce all'esaurimento della produzione di norepinefrina (con ricadute sulla vigilanza, memoria, concentrazione), fa diminuire la produzione di serotonina e di dopamina (influenza sul benessere percepito e sull'umore), inibisce la produzione di BDNF (Brain derived neurotrophic factor), contrastando la formazione di nuovi neuroni e facilita l'atrofia dei neuroni ippocampali (calo di memoria).

L'ipercortisolemia e l'iperprolattinemia, dovute allo stress, hanno una certa influenza sull'apparato riproduttivo femminile, che si sostanzia, per la prima, nell'inibizione della produzione del progesterone da parte del corpo luteo, rallentando lo sviluppo e la maturazione dell'endometrio, e con essa influenzando sulla tempistica dell'attecchimento embrionario, mentre l'iperprolattinemia



## Il progetto genitoriale e l'infertilità: implicazioni psicologiche e psicosomatiche

La particolarità consiste nel fatto che solo quando si desidera diventare

comporta un calo degli ormoni follicolostimolante (FSH) e luteinizzante (LH), con ripercussioni sul ciclo ovulatorio.

L'azione dei due ormoni sull'apparato riproduttivo maschile inibisce la produzione di testosterone, facendo diminuire la conta spermatica e porta ad un calo del desiderio sessuale.

L'aumento dei livelli plasmatici di cortisolo conduce, nel corso di qualche settimana, all'abbattimento dei linfociti umorali, conseguendone un disequilibrio nel meccanismo di bilanciamento tra linfociti, caratterizzato da un'attivazione delle difese immunitarie di tipo cellulare, con un aumento nella circolazione ematica delle citokine proinfiammatorie, delle interleuchine, ecc.. Recenti ricerche in ambito PNEI hanno evidenziato come tale attivazione renda molto più difficile ottenere un successo dall'applicazione delle tecniche di procreazione assistita.

## Il progetto genitoriale e la PMA: problematiche tipiche

La decisione di una coppia di rivolgersi ad un centro che eroga TRA, comporta spesso un vissuto in cui la coppia mette in conto la rinuncia sia dell'ambito naturale, ossia all'appassionata ed esclusiva complicità con cui si dedica ai rapporti intimi, sia, conseguentemente, del proprio ruolo naturale di unica protagonista nel processo della trasmissione della vita.

Questo, insieme ad altri motivi (incompetenza, insicurezza, paure, sentimenti d'inadeguatezza), fa sì che, confrontandosi con le strutture sanitarie specializzate, le coppie tendono a credere che la scelta emotivamente meno onerosa è quella di cedere del tutto il ruolo decisionale a chi si occuperà del loro "desiderio" inappagato di fare i genitori.

Altrettanto spesso questa difficoltà della coppia viene letta dai medici come richiesta o necessità di una spalla sicura, paterna, che li alleggerisca dal peso e dalle responsabilità che una scelta del genere, che a sua volta implica una serie di decisioni importanti, comporta in ogni caso.

Qui emerge in modo tipico il problema della relazione medico-paziente, in cui il medico specialista, spesso digiuno di competenze efficaci per la gestione delle dinamiche emotive e relazionali, tende ad utilizzare la logica della "psicologia ingenua", quindi a sobbarcarsi tali responsabilità, spesso ergendosi, e neppure tanto metaforicamente, ad unico arbitro del processo procreativo che riguarda la vita di altre due persone.

Questo aspetto relazionale, lasciato comunque intatto dalle procedure del consenso informato, è forse quello che, insieme alle estenuanti procedure tecniche, costituisce uno dei fattori più alti di stress, risultando molto oneroso per i pazienti nella relazione emotiva con il medico e lo staff, dalle cui decisioni e valutazioni dipende buona parte del loro prossimo futuro.

In un contesto così delicato ed aleatorio, rappresentare e porgersi come qualcuno a cui affidarsi totalmente, significa espropriare le persone delle proprie competenze emotive, indebolirle ulteriormente anche in termini psicosomatici, in quanto tende ad azzerare quella spontanea partecipazione responsabile, a volte minima, comunque espressione intrinseca di un "sé" già naturalmente genitoriale,

Inoltre può determinare nella coppia intensi sentimenti negativi, in termini transferali, nel caso, percentualmente più probabile, di un fallimento della tecnica.

## L'intervento clinico psicologico: dal "consenso informato" al "consenso condiviso"

Il punto centrale della consultazione è un desiderio o un obiettivo non realizzato nella vita, ed indirizza decisamente l'obiettivo della consulenza sia sulla sofferenza determinata dalle varie caratteristiche personali e psicosociali dei pazienti, sia sulle informazioni riguardanti le implicazioni sociali, emozionali e psicosomatiche del trattamento dell'infertilità, attivando strategie di copying in grado di supportare meglio l'impegno personale.

In base a queste considerazioni, uno degli obiettivi primari è quello di limitare gli effetti dannosi dello stress cronico, abbassando il costo emotivo che le persone avvertono, determinato anche dalla sensazione soggettiva, in sé realisticamente obiettiva, di non avere pressoché nessun controllo sul processo che hanno deciso di intraprendere.

In termini operativi il protocollo prevede un insieme limitato d'interventi, appunto per evitare di appesantire ulteriormente il cumulo d'impegni dettato dal protocollo di trattamento.

Lo psicologo interviene fin dal giorno della prima visita della coppia presso il centro, attivandosi con una consulenza d'implicazione che ha per obiettivo quello di focalizzarsi sul significato specifico che ogni informazione ha per la coppia, e sottolineare le conseguenze delle decisioni sul trattamento, compresa la fine stessa del trattamento, per ogni persona coinvolta nel processo.

È compito dello psicologo aiutare la coppia a confrontare e dare un senso alle informazioni rilevanti quando si prende una decisione relativa al trattamento e/o alle possibili opzioni di maternità/paternità.

Bisogna cioè attivarsi per superare il concetto di "consenso informato" ed approdare a quello di "consenso condiviso", basato sulla partecipazione delle coppie al processo decisionale inerente alle procedure e l'applicazione delle tecniche di PMA.

Questo permette alle coppie di riappropriarsi, nei propri confronti e nei confronti della struttura a cui si rivolgono, di quella funzione decisionale, peraltro tipica dei genitori, ridando loro non solo, seppur parzialmente, quel ruolo da protagonisti e la conseguente dignità "perduta", ma anche un senso di maggior controllo sul processo in corso, cosa che, come sappiamo, ne abbassa il costo emotivo, innescando tutta una serie di ricadute positive a livello psichico ed emotivo e, quindi, anche fisiologico.

In un secondo incontro, che avviene mediamente a due settimane dall'ingresso della coppia al centro, è previsto un intervento di consulenza di supporto emozionale ai pazienti che vivono, tipicamente, un'esperienza di forte stress, che può essere causata dalla frustrazione del desiderio per un figlio, dalla pressione familiare e sociale, così come dalla tecnologia riproduttiva impiegata e dalle sue basse percentuali di successo.

L'intervento che viene effettuato, impostato sulle tecniche comunicative di tipo strategico, è insieme una consulenza d'implicazione e di supporto, condotta in gruppo che, per contenuti procedurali, si può definire di tipo "one shot therapy".

In questo setting viene presentato il modello di organizzazione lavorativa seguita dal centro, ponendo particolarmente l'accento sul coinvolgimento della coppia nel processo deci-



sionale, vengono illustrati i passaggi tipici sia delle procedure diagnostiche sia dei trattamenti medici relativi alle tecniche di PMA, vengono approfonditi tutti i temi concernenti la psicosomatica dello stress, veicolando i pazienti verso una migliore comprensione dei meccanismi psico-neuro-endocrino-immunologici, vengono indicate opportune strategie di coping per quanto riguarda la gestione del proprio stato psicofisico, la relazione di coppia, la relazione della coppia con l'equipe del centro, e la relazione della coppia con il contesto sociale di riferimento.

Successivamente alla scelta del protocollo tecnico di esecuzione di un trattamento di PMA, le coppie di pazienti vengono indirizzate a partecipare ad un insieme di 3-4 incontri di gruppo, tenuti a cadenza settimanale,

stesso) che soprattutto per la donna, corrisponde con il periodo di massima tensione emotiva.

Necessità maggiori (il medico consiglia alla donna di condurre una vita di riposo, lontana dal lavoro e/o da sforzi) obbligano ad utilizzare il contatto telefonico come unico strumento di supporto psicologico fruibile in tale periodo, forma di vicinanza e di contatto solitamente ben accetto dalle coppie (che, in caso contrario, si sentono un po' abbandonate).

Le attività descritte, a partecipazione libera, sono previste e prenotate comunque per tutti i pazienti del centro; questo normalmente ci permette di raggiungere il 60-65% dell'utenza complessiva. Sono anche previsti, su richiesta, interventi di tipo psicoterapeutico (individuale e di coppia) e di terapia psicosessuale.

bilità di successo e di ottenimento di una gravidanza (parametro di riferimento), in relazione alla partecipazione dei soggetti a questo tipo di attività. Tali studi necessitano però di ulteriori approfondimenti.

## La promozione dell'interdisciplinarietà

Per rendere protocollare tale approccio è imprescindibile maturarne la piena condivisione con l'insieme delle figure professionali che costituisce l'equipe di riferimento del centro.

È importante considerare che l'attenzione, con cui gli operatori del centro gestiscono sia le relazioni umane sia il processo decisionale con ogni singola coppia, riguarda tutte le figure professionali.

Ciò che pertanto l'equipe è tenuta a fare è fornire alla coppia tutte le informazioni mediche relative al loro specifico caso ed indirizzarla al superamento del concetto di "consenso informato" per approdare al concetto di "consenso condiviso", in base al quale la coppia, partecipando e condividendo le decisioni con i sanitari, recupera emotivamente il proprio ruolo genitoriale.

Ciò comporta necessariamente una qualità delle relazioni umane con gli operatori del centro vissute dalla coppia come più valide in termini di vicinanza, comprensione, empatia e sostegno.

Infine lo psicologo, in seno all'equipe, partecipa al planning settimanale delle attività cliniche, partecipa alle discussioni dei casi clinici, e può organizzare sessioni di formazione interna in tecniche di comunicazione e gruppi di sostegno emotivo per gli operatori del centro.

Questo vuol dire, ancora una volta, permeare, con la nostra presenza operativa, il contesto lavorativo di quella cultura di cui siamo portatori: la cultura del benessere, valorizzandola al punto da renderne manifesti a tutti gli attori i vantaggi ad essa connessi.

Ciò, peraltro, è propedeutico al pieno riconoscimento della nostra valenza che, se da un lato è indubbiamente culturale, dall'altro risulta squisitamente clinica, operativa e strategica nell'ottica della ricerca della qualità nella gestione dell'intervento sanitario.



con una coppia di psicologi, offrendo loro un intervento di supporto che sta a metà strada tra la consulenza e la psicoterapia di supporto.

In questa sede vengono affrontate, in ottica psicodinamica, le tematiche affettive, emozionali e relazionali portate dalle coppie, vengono elaborate le paure, le perplessità, i dubbi e le incertezze, le aspettative per il futuro, sia in caso di successo della tecnica sia in caso di fallimento.

A trattamento ultimato, inizia quel periodo di 15 giorni (nell'attesa di poter avere l'esito, dall'esame del  $\beta$ -hcg, dello

## L'efficacia dell'intervento clinico psicologico

La valutazione dell'efficacia delle azioni professionali tipiche dello psicologo ha posto, già da una decina d'anni, l'accento sulla validità dei report stilati secondo i principi della EBM (Evidence Based Medicine), focalizzandosi pertanto sulla valutazione "a posteriori" rispetto a criteri o parametri precedentemente stabiliti.

Gli studi preliminari, compiuti sull'efficacia di questo specifico insieme d'interventi, indicano con una certa chiarezza una differenza rilevante delle proba-

## Nuove forme dell'invidia.

Nell'individuo, nella coppia, nel gruppo

Resoconto e riflessioni sul convegno tenutosi a Ragusa Ibla dal 22 al 24 Aprile 2005

Maria Gabriella D'Angelo - psicologo

*...e come agli orbi non approda il sole,  
così all'ombre, quivi, ond'io parl'ora,  
luce del ciel di sé largir non vuole,  
chè a tutti un fil di ferro il ciglio fora  
e cuce sì, come a spaviero selvaggio  
si fa, però che queto non dimora.*

**V**irgilio spiega al discepolo che qui (Il cornice del purgatorio) si espia l'invidia, livida dura come il macigno che ne è simbolo, avversa alla virtù della carità.

Così come Dante, sicuramente uno dei più illustri, ci sono tanti esempi nella letteratura di autori che raccontano dell'invidia. Shakespeare, profondo conoscitore e svelatore delle passioni umane, attraverso la figura di Iago ci rappresenta la massima espressione dell'invidia: egli insinua, in Otello, il tradimento di Desdemona con l'obiettivo preciso di distruggere la felicità altrui. Così Salieri cerca in tutti i modi di annientare la genialità di Mozart ecc...

Persino Erodoto ci racconta dell'invidia degli dei verso i mortali, quando la loro felicità va oltre il limite assegnato loro.

Da "invidere" che significa guardare biecamente l'invidia ha il senso divorante della frustrazione in chiunque la provi.

L'invidia è stato il tema centrale di un coraggioso e interessante convegno promosso dall'Associazione culturale "Public/azione" ([www.pubblicazione.net](http://www.pubblicazione.net)).

L'idea è nata dalla scoperta, fatta casualmente, di un bassorilievo all'interno della chiesa di S. Maria delle Scale a Ragusa Ibla, dalla forma di serpente che si attorciglia su se stesso.

Psicoanalisti e filosofi si sono confrontati nell'elegante e sorprendente cornice di un piccolissimo gioiello architettonico, il Teatro di Donnafugata, da poco restaurato e inaugurato proprio in quest'occasione.



L'invidia è il sentimento più dannato ma anche il più negato. È possibile vedere l'invidia degli altri ma non quella propria. Illustre presenza la Dott.ssa E. Tabak de Bianchedi, psicoanalista I.P.A., traduttrice e grande conoscitrice di Bion, nel suo intervento ha fatto riferimento ai pilastri teorici di questo sentimento sottolineandone il potenziale distruttivo, definendolo una pericolosa barriera alla conoscenza e quindi attribuendo ad esso un'impossibilità trasformativa nella clinica.

Secondo Bion, essa non ha forma, è un forte attacco al legame.

Secondo M. Klein è una pulsione primaria innata. Persino il bambino prova invidia verso il seno che lo nutre. Freud la colloca nella rivalità edipica.

Secondo R. Romano, analista I.P.A., promotore di questa iniziativa, non si tratta di un istinto ma di un affetto, di un sentimento proteiforme che mina il senso di gratitudine e si collega all'idea di buono e cattivo. Essa coinvolge l'aspetto etico della relazione.

Le sue radici nascoste affondano nel nucleo profondo dove si raccoglie la nostra identità che, per costituirsi e crescere, ha bisogno di un riconoscimento. Quando questo manca, la nostra identità vacilla si atrofizza e allora subentra l'invidia, una forma di difesa che si nutre della demolizione dell'altro.

Essa mina all'interno l'individuo al punto da poter parlare oggi, secondo Romano, di Autoinvidia, un meccanismo capace persino di sabotare se stessi nella propria capacità di successo.

Oggi assistiamo al dilagare di una forma di narcisismo infelice che genera non solo un individuo insoddisfatto ma può rappresentare una delle cause di un sotterraneo malessere sociale che invalida la natura dell'uomo nel rapporto autentico e collaborante con se stesso e con gli altri.

Secondo R. Romano il narcisismo felice, quello che si beava della propria immagine, è sorpassato.

E ancora il lifting, annunciato come una conquista della vanità femminile nasconde altresì un attacco invidioso al proprio corpo, oltretutto la difficoltà ad accettare la propria caducità, deborda nell'onnipotenza.

L'invidia interferisce nel processo di identificazione, poiché induce ad intaccare le proprie origini, a negare qualsiasi tipo di appartenenza affettiva.

Nella coppia, è difficile accettare di farsi amare, così come oggetto dell'invidia è la propria capacità di legarsi all'altro, diverso da sé.

Nel gruppo, l'individuo non si consente di usufruire positivamente dell'affettività del gruppo stesso, poiché troppo preoccupato di concentrare la sua attenzione sulla difesa della propria fragile identità.

L'invidia patologica viene ad essere una sorta di identificazione con il demone maligno, rompe la fusionalità, negando il legame e con esso la dipendenza dall'altro. La sua conseguenza è quella di impedire la naturale differenziazione dall'altro e con essa la possibilità di costruire il



*Il tavolo dei relatori al Convegno*

proprio benessere a prescindere da quello degli altri.

Molto originale è l'ipotesi dell'invidia del non-seno che capovolge il concetto tradizionale dell'invidia: non invidieremmo chi ha di più ma paradossalmente chi ha di meno, l'handicappato, il povero perché soggetti meritevoli di attenzioni!

Il filosofo Natoli la descrive come un vizio che a differenza degli altri però produce dolore e non piacere.

Essa è fonte di tristezza per i beni altrui, è la mancanza di qualcosa che l'altro ha e che si vorrebbe possedere.

Questo aspetto dell'invidia ne dà una connotazione sociale al contrario, per es., della lussuria che prevede la fusione con l'altro al fine di dimenticare se stessi.

Secondo lui, l'invidia è la condizione dell'impotente, è la nemesi della superbia.

La potenza dell'invidia è la superbia di chi vorrebbe essere di più e non può.

Unica salvezza possibile da essa, per Goethe, è l'amore.

Anche Nietzsche scrive dell'invidia in "Umano troppo umano": "...l'invidioso... si adira che agli uguali le cose non vadano in modo uguale". Secondo lui così come siamo incapaci di venerare siamo altrettanto incapaci di fare cose grandi.

Da alcuni spunti, sembrerebbe che oggi capire i suoi meccanismi ci possa aiutare a spiegare come mai oggi l'invidia attecchisca molto di più di quanto sembri.

È opinione comune che essa alberghi nella mediocrità, dove la vitalità del desiderare ha lasciato posto alla

monotonia del desiderio, per cui sembrerebbe che tutti dobbiamo desiderare gli stessi oggetti.

Si tira in ballo, a partire da R. Girard la massiccia presenza oggi di un desiderio mimetico in cui il soggetto desidera l'oggetto perché lo desidera il rivale.

Secondo il filosofo F. Ciaramelli: Nella diffusione della rivalità come realizzazione dell'imitazione sociale, Girard individua la morte tendenziale delle differenze e il prevalere di un'omologazione che assimila e appiattisce gli individui... La rivalità sembra appagare il desiderio inconscio che narcisisticamente vuol compiacersi di sé, senza però riconoscersi nella propria immagine... La mimesi non si rapporta davvero all'altro ma celebra il trionfo di sé.

Anche secondo D. Chianese, ex presidente S.P.I., l'invidia trova campo fertile in una società di mediocri e la

soluzione per lui si può trovare solo nella ricerca e nello sforzo di una creatività personale ed artistica.

Il filosofo P. Barcellona si muove su territori mondiali affermando che anche la guerra "terroristica" è frutto di un invidiarsi reciproco da una parte e dall'altra, poiché è l'astratto contro l'astratto.

Sicuramente l'invidia ha a che fare con uno stato di frustrazione molto profondo, con la povertà e si riscontra soprattutto nei legami forti e in quelle persone tra le quali ci può essere un confronto diretto. (Anche tra l'analista e il paziente).

Non si può essere invidiosi quando c'è molta distanza.

La sensazione che si prova si potrebbe paragonare a quella del furto, del sentirsi orfani, dell'aver ricevuto una qualche trascuratezza.

Gli argomenti passano brillantemente dalla potenzialità estrema da parte dell'uomo di essere magnanimo e generoso a quella più abietta di essere portatore delle passioni più oscure e violente dell'animo.

A proposito dell'autoinvidia, Natoli conclude con una domanda: ma perché l'uomo dovrebbe rattristarsi per il proprio bene? Probabilmente perché teme di non poterlo mantenere o perché nella sfida con se stesso l'uomo potrebbe rischiare di ritrovarsi sconfitto.

Questo confronto di idee è continuato, con modalità diverse, ma sempre con una sincera passione per la conoscenza, nell'ambito dei lavori di gruppo che si sono occupati dell'invidia in vari contesti: nell'arte, nell'associazionismo, nel piccolo gruppo, nell'infanzia, nel mito e nell'istituzione.



*I partecipanti al Convegno*

## La Professione di psicologo in Sicilia: realtà e prospettive

Calogera Calà - psicologo

L'idea del presente articolo nasce in seguito al Seminario sul tema: "LA PROFESSIONE DI PSICOLOGO IN SICILIA: REALTÀ E PROSPETTIVE", tenuto il 17 maggio 2005 dal Presidente del nostro Ordine presso la Sala Consiliare del Comune di Patti (ME). Il seminario è stato rivolto agli iscritti di alcuni dei comuni della provincia di Messina, continuando la tradizione degli incontri decentrati con tutti gli iscritti all'Ordine.

Obiettivi dell'incontro sono stati quelli di stimolare alcune riflessioni sul lavoro dello psicologo in Sicilia e di creare un'occasione di scambio con i colleghi che hanno partecipato.

La professione di psicologo è una professione bella, sana, che ci fa stare bene con noi stessi e con gli altri; dobbiamo cercare di renderla vantaggiosa dal punto di vista economico. Ma come, ci si può chiedere, visto che le difficoltà occupazionali sono enormi, nonostante sembrerebbe esserci un forte bisogno di psicologia?

Ecco le riflessioni cui sono arrivata dopo aver partecipato al seminario, riflessioni che vorrei condividere con i giovani colleghi che si trovano nella mia stessa situazione.

A partire dall'ultimo decennio del secolo scorso un insieme di processi di cambiamento rapidi e profondi, non sempre prevedibili ha caratterizzato la nostra società. Un processo di profonda trasformazione ha investito anche il mercato del lavoro. In questo nuovo scenario il lavoro non è visto più soltanto come un mezzo per guadagnarsi da vivere, bensì è anche e sempre di più il terreno fondamentale di realizzazione della persona. Infatti esso contribuisce a realizzare l'autonomia (anche economica), l'industriosità, la sicurezza e la riconoscibilità sociale e quindi permette di soddisfare i bisogni fisiologici, di sicurezza, appartenenza, stima ed autorealizzazione teorizzati da Maslow.

Tuttavia, l'obiettivo della piena occupazione come strumento fondamentale di realizzazione della persona e dell'inclusione sociale si intreccia indissolubilmente con le nuove esigenze di flessibilità e di "destandardizzazione" (flessibilizzazione del tempo di lavoro nelle dimensioni dell'orario e della durata).

A ciò è da aggiungere che, sebbene il lavoro dello psicologo sia stato normato con una specifica legge (la 56/89), non esiste ancora nella nostra regione una rappresentazione sociale (ossia una forma di conoscenza socialmente elaborata e condivisa, avente un fine pratico e concorrente alla costruzione di una realtà comune ad un insieme sociale) unitaria della professione di psicologo.

Inoltre, la professione di psicologo non è ancora riconosciuta socialmente: il pubblico non distingue tra psicologi, psichiatri e altri professionisti della salute mentale e li percepisce tutti come professionisti che si occupano dell'anormalità. La stessa professione è stata regolamentata quando tutti gli psicologi lavoravano nel SSN ed essa si caratterizzava per l'aspetto prettamente clinico e sanitario.

Infine, il fatto che la psicoterapia sia consentita a medici e psicologi specializzati spinge lo psicologo ad identi-

carsi nella pratica clinica come pratica elitaria. In realtà essa è uno dei vari ambiti in cui si può espletare l'attività di psicologo, oggi forse l'ambito meno ricercato perché troppo saturo. Di fatto sono comparse nuove forme professionali che caratterizzano le attività dello psicologo e che vanno intese non più in un'ottica clinico - riabilitativa, quanto in un'ottica promotrice del benessere sociale e della qualità della vita.

Definire la propria carriera professionale, quindi, non risulta facile: si devono peraltro fare i conti con le incertezze relative alle proprie capacità e competenze (l'università non ha una visione pragmatica della professione e quindi non insegna a fare lo psicologo); con la mutabilità degli interessi personali; con i gradi di accessibilità di alcuni ambiti professionali che variano da un contesto culturale all'altro.

A proposito di quest'ultimo aspetto, si può notare come in Sicilia molti ambiti di operatività dello psicologo non siano facilmente accessibili. Valga come esempio la forte esigenza dello psicologo scolastico: la Sicilia è la regione italiana con il più alto tasso di dispersione scolastica.

Tuttavia poche o nulle sono le scuole in cui operano psicologi, adducendo il motivo che scarsi sono i fondi.

Ma il diritto all'istruzione e al benessere non si può quantificare: i bambini siciliani non hanno forse gli stessi diritti dei bambini dell'Europa comunitaria di cui a parole facciamo parte?

Il vero problema è che non vi è la spinta da parte degli utenti: la scuola non chiede perché le famiglie non chiedono se non quando si presenta il problema. È dunque importante far crescere negli utenti l'esigenza dell'importanza dello psicologo nella prevenzione del malessere e nella promozione del benessere.

Lo psicologo deve cogliere le criticità che il contesto presenta, deve leggere e veicolare i bisogni sociali in termini professionali. In quanto professionista, pertanto, lo psicologo deve avere la capacità di negoziare, di "diagnosticare" se stesso e il contesto, di risolvere problemi e prendere decisioni.

È necessario che noi giovani psicologi sviluppiamo maggiore fiducia in noi stessi come psicologi. Infatti spesso evitiamo di coinvolgerci in determinati ambiti professionali o falliamo nel tentativo di sostenere il nostro impegno, perché siamo assaliti dai dubbi circa la nostra capacità di riuscire.

Numerose ricerche hanno dimostrato che se si hanno salde convinzioni di autoefficacia nel perseguire gli obiettivi connessi al raggiungimento di particolari mete professionali, e se si ritiene di poter ricercare e ottenere ampie opportunità di carriera, ci si impegnerà maggiormente nell'orientarsi verso diversi percorsi professionali. Il raggiungimento delle mete, a sua volta, permetterà di sviluppare un progressivo senso di padronanza rispetto ai diversi percorsi professionali e un alto livello di soddisfazione.

Ecco dunque che lo sviluppo di una buona autoefficacia deve essere un punto di partenza perché in ciascun giovane psicologo cresca quella forte cultura dell'appartenenza professionale che ci porterà ad avere un maggiore potere contrattuale con la classe politica.

## Alla sorgente del fiume: un ponte tra l'Italia e la Bosnia

Primi passi nella collaborazione fra l'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia e il Coordinamento Regionale siciliano Volontariato e Solidarietà "Luciano Lama", a favore dei bambini della Bosnia Erzegovina nei loro soggiorni palermitani.

*Patrizia Grotta - psicologo*

*Maria Grazia Luccarelli - psicologo*

### Riflessioni generali

L'estate 2005 è iniziata per l'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia all'insegna di un'inattesa ma stimolante opportunità, giunta ai suoi iscritti attraverso le feconde vie della "Mailing list". L'appello - perché questa forma ha avuto l'inizio della nostra avventura - è partito dal dottor Angelo Catalano, responsabile del Comitato provinciale di Palermo del Coordinamento Regionale Volontariato e Solidarietà "Luciano Lama", per giungere nelle mani del nostro Presidente, dottor Fulvio Giardina. La suddetta associazione chiedeva il sostegno dei professionisti iscritti all'Ordine a favore dell'opera di accoglienza che essa svolge sin dal 1992 per i bambini dell'ex Jugoslavia, in special modo della Bosnia - Erzegovina. Essa riunisce, infatti, al suo interno decine di famiglie del territorio regionale che per due volte all'anno (30 giorni in periodo natalizio e 40 giorni in periodo estivo) ospitano ragazzi e ragazze tra i sei e i quattordici anni non compiuti provenienti dai territori martoriati dalle guerra dei Balcani e protagonisti di situazioni di disagio. Il disagio cui ci riferiamo è - come si può immaginare - figlio delle atrocità della lunga distruttiva guerra, che tanto ha leso in migliaia e migliaia di esseri umani in dignità ed integrità psicofisica; una realtà che a livello ufficiale internazionale probabilmente è diventato comodo dimenticare o credere ormai sanata con la pace e su cui i riflettori di attenzione vengono invece mantenuti con determinazione e costanza - oltre che con sacrifici - da associazioni assolutamente volontarie come il Coordinamento Luciano Lama.

L'appello di Angelo Catalano ha dunque aperto per il nostro Ordine un corridoio privilegiato verso la scoperta di questa dimensione. L'esperienza di Angelo dei contatti diretti con i bambini ospiti, e dunque con una fetta della loro quotidianità, nonché la sua posizione di referente delle famiglie ospitanti a Palermo e provincia, gli ha fornito elementi utili a ritenere che in questi lunghi soggiorni di vacanza fosse opportuno fornire alle famiglie ospitanti e ai ragazzi in trasferta un appoggio specialistico, quale quello richiesto proprio a noi, professionisti psicologi.

Siamo state in quattro a rispondere all'appello corso per le vie telematiche, quando il Presidente Giardina - rendendosi conto della strettezza dei tempi - ha deciso di usare proprio la Mailing list informatica degli iscritti per far arrivare la richiesta di collaborazione volontaria a chiunque avesse voluto accoglierla. Si è formata così la nostra squadra, vie casuali per l'incontro fortunato di quattro professioniste con simile sensibilità e motivazione: base comune per un'immediata costruzione di un funzionale clima collaborativi, in una situazione nuova per tutte e che bisognava di rapido affiatamento per un'istantanea progettazione.

Questa parte dell'articolo rappresenta il senno di poi che permette di fare un bilancio di questa prima fase della collaborazione fra l'Associazione Luciano Lama e l'Ordine (nelle persone - nonché nelle competenze! - delle dottoresse Roberta Campo, Patrizia Grotta, Maria Grazia Luccarelli, Irene Nuzzo).

Nella sua essenza, questa prima fase non ha avuto alcun carattere operativo, proprio perché la dimensione si presentava come nuova per la squadra. È stata definita sperimentale, poiché vissuta e strutturata da tutte le parti in gioco come un lanciare un ponte fra committenza e tecnici, con obiettivo finale quello di raggiungere l'utenza (le famiglie e i ragazzi) nelle prossime fasi di questa collaborazione che - per volontà dell'Associazione e dell'Ordine - si intende protrarre nel tempo, dandole struttura e funzione (in Agosto, infatti, il nostro Presidente ha incontrato il Presidente regionale del Coordinamento, per una maggiore definizione generale della cooperazione).

Questa fase sperimentale ci è servita a prendere contatto innanzitutto con la realtà del comitato provinciale, con la sua organizzazione, le sue abitudini, i suoi meccanismi operativi. Noi psicologhe abbiamo incontrato le famiglie ospitanti ancor prima dell'arrivo dei bambini, per ascoltare dai loro racconti quali siano le difficoltà riscontrate nel loro relazionarsi con ragazzi provenienti non solo da vissuti estremamente delicati, ma anche da cultura diversa dalla loro. L'ammirevole disponibilità emotiva offerta da genitori, ma anche da figli e figlie, può, infatti, rivelarsi non sufficiente ad affrontare eventuali situazioni problematiche vissute dai giovani bosniaci, che - se non adeguatamente sostenute - possono presentarsi come notevole carico di stress per l'equilibrio psico - affettivo familiare.

La disponibilità telefonica per consulenze ad hoc offerta da noi psicologhe alle famiglie sin dal primo incontro è stata colta soltanto una volta e da una famiglia. Questa evenienza - a fronte, invece, di effettivi intoppi nella convivenza durante i soggiorni palermitani dei ragazzi e delle ragazze - è stata preziosa fonte di una fondamentale rifles-



sione, che costituisce la linea guida della progettazione dedicata alle prossime fasi della collaborazione: se il dis-

ria in cui:

- le famiglie prendano contatto con le loro eventuali difficoltà e con la



agio nelle relazioni famiglia/giovane ospite esiste, esso resta latente nella dinamica, percepito come vago malessere o vaga preoccupazione. L'assenza di una forma definita del disagio ostacola la consapevolezza necessaria alla formulazione di una richiesta d'aiuto diretta.

Inoltre - altra fruttuosa riflessione, in apparenza banale ma nella sua essenza ispiratrice - manca alle famiglie la consuetudine - all'interno dell'esperienza di accoglienza - al chiedere e ricevere sostegno psicologico, abituate ad affrontare emergenze e difficoltà con gli strumenti posseduti da ogni famiglia sulla base delle pregresse esperienze dell'essere padre, madre, fratello, sorella, che non prevedono però la necessità di nuovi strumenti specifici per situazioni extra routine - come quella rappresentata dal soggiorno del giovane bosniaco.

Latenza del bisogno; convinzione che l'essere già genitori o fratelli possa costituire requisito bastevole ad affrontare l'esperienza d'accoglienza; assenza dell'abitudine al sostegno psicologico in seno a questa stessa esperienza; queste le tre muse ispiratrici che in fase sperimentale hanno dunque indicato una direzione operativa al futuro immediato della nostra collaborazione con l'Associazione: essa non sarà circoscritta al periodo di soggiorno dei ragazzi, poiché necessita di un'articolata e definita fase preparato-

possibilità di chiedere e ricevere sostegno psicologico;

- in cui noi psicologhe possiamo diventare figure note e, soprattutto, guadagnare crediti di fiducia (non è forse la fiducia la condizione operativa sine qua non della nostra professione?);
- in cui facilitare, insomma, la creazione di un clima che costituisca cultura della consulenza psicologica, dove diventi facile - o perlomeno pensabile - l'atteggiamento di messa in discussione dell'assioma per cui un genitore - in quanto tale - possiede come capacità autorigenerante l'abilità di affrontare qualsiasi evento - micro o macro -

coinvolga la famiglia.

Della progettazione di questa fase preparatoria di facilitazione ci stiamo adesso occupando, nell'ottica operativa che essa possa essere di buon servizio ai giovani che torneranno a Natale, quando troveranno ad attenderli anche noi psicologhe... magari per tutti meno entità sconosciute di quanto - questa estate - siamo alfine rimaste...

## Diario dell'esperienza

Cari Colleghi, tramite mailing list, il tre Giugno del corrente anno ci è arrivata un'email, girataci dal Presidente Fulvio Giardina, che ci invitava ad un incontro nella sede dell'Ordine al fine di discutere di un'eventuale adesione volontaria ad un'iniziativa promossa dal Coordinamento Regionale Volontariato e Solidarietà "Luciano Lama".

L'iniziativa riguardava l'ospitalità di bambini orfani, profughi e poveri della ex Jugoslavia, di età compresa fra i sei e i quattordici anni non compiuti. Al progetto per la venticinquesima accoglienza dell'estate 2005 nella provincia di Palermo hanno aderito 56 famiglie. I bambini sono di nazionalità bosniaca ed appartenenti a tutte le etnie: Musulmani, Cristiani, Ortodossi.

L'Associazione Luciano Lama ha ritenuto opportuno chiedere al nostro Ordine regionale una collaborazione volontaria. Citiamo testualmente: "[...] Nella considerazione che molti di questi bambini, per situazioni connesse al vissuto pregresso ed attuale,



manifestano situazioni di instabilità psicologica di diversa natura”.

All’invito, il 9 Giugno presso la sede del nostro Ordine, ci siamo presentate in quattro: la dottoressa Roberta Campo, la dottoressa Patrizia Grotta, la dottoressa Maria Grazia Luccarelli e la dottoressa Irene Nuzzo. Da questo momento nasce la nostra avventura.

Il primo contatto è sicuramente centrato sul conoscere più a fondo la storia di questa associazione, di matrice cattolica, grazie alla presenza del Responsabile del Comitato provinciale di Palermo del Coordinamento, dottor Angelo Catalano. Cerchiamo in tutti i modi di saperne di più rispetto alle esperienze passate riferite a questi affidi temporanei di circa 30/40 giorni, due volte l’anno, in periodo natalizio ed estivo. Ci viene comunicato un grande entusiasmo e anche una grande fatica nel prendersi carico di bambini con vissuti abbastanza difficili e a tutt’oggi con situazioni critiche di sofferenza sia fisica che psicologica.

Al momento, l’analisi della domanda risulta chiara: “abbiamo bisogno di sostegno da parte di tecnici esperti in dinamiche psicologiche e psicopatologiche. Abbiamo bisogno di un supporto alle famiglie, che non sanno come comportarsi di fronte al manifestarsi di situazioni critiche”.

Durante un primo incontro operativo ed organizzativo fra noi colleghe, decidiamo di essere presenti già prima dell’arrivo dei bambini, ad una riunione con le famiglie prevista dall’Associazione al fine di definire dettagli pratici di ordine logistico. Ci presentiamo e ascoltiamo le loro testimonianze, basate da una parte sulle paure e aspettative di chi è alla prima accoglienza e dall’altra sul vissuto di chi ha già alle spalle questa esperienza. Emerge una grande difficoltà a comunicarci le manifestazioni sintomatiche di malesseri non comprensibili; ci viene fatto presente anche l’esigenza di diagnosi rispetto ad alcune manifestazioni (tipo... crisi convulsive) e alla modalità per inquadrare alcuni disturbi. Viene fuori anche un caso di presunta epilessia, non diagnosticato, di una bambina che a quanto pare non è in terapia farmacologica (a questo proposito, pensiamo alla possibilità di chiedere una consulenza volontaria ad uno psichiatra, che però si rivelerà in futuro non necessaria visto



che la bambina suddetta non manifesterà alcun disturbo durante il soggiorno).

Diamo la nostra disponibilità alla reperibilità, lasciando i nostri numeri di cellulare.

Alla collega Patrizia arriva una telefonata già la prima sera del soggiorno dei ragazzi. È una chiamata che richiede pronta consulenza per un’emergenza: il bambino manifesta un’instabilità emotiva che non riesce ad avere conforto e che palesa una non volontà all’adattamento alla famiglia.

L’intervento in questo caso si è limitato ad una facilitazione da parte della collega all’emergere nella famiglia stessa della capacità di far fronte alla situazione.

Si rivelerà l’unica...

La nostra strategia d’equipe prevede degli incontri settimanali per scambiarsi intuizioni, considerazioni e spunti di riflessione, raccogliere informazioni e dati atti a costruire un lavoro organico. Considerato che il nostro intervento si sviluppa e si avviluppa in una situazione di emergenza.

A oltre metà del percorso, decidiamo di richiedere un incontro nella parrocchia San Tommaso d’Aquino (sede del comitato provinciale palermitano) per conoscere più a fondo i membri del comitato stesso, dei quali si presentano Angelo Catalano e il parroco Don Pietro, il quale appare disponibile ed accogliente e dimostra una grande consapevolezza rispetto alla funzione e all’importanza del nostro ruolo.

Angelo Catalano afferma che non si sono verificate situazioni critiche, tranne poche famiglie che lo hanno contattato con preoccupazione, ma lui stesso è stato in grado di far rientrare la problematicità e dunque non ha ritenuto necessaria la nostra consulenza.

In linea di massima, questo colloquio si svela proficuo poiché apre nuove prospettive d’intervento, che dovranno tenere conto anche delle dinamiche interne al comitato stesso.

Con la partenza dei ragazzi e il loro rientro in Bosnia Erzegovina, a noi colleghe resta il compito di organizzare il lavoro futuro.

## Resoconto e riflessioni sul convegno:

L'attachement: applications thérapeutiques chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Faculté de Médecine Xavier Bichat, Paris. Parigi, 6-7-8 luglio

*Sebastiana Giuliano*

*Studente biennio specialistico in psicologia clinica*

**N**ei giorni del 6, 7 e 8 luglio 2005, si è tenuto presso la facoltà di medicina Xavier Bichat di Parigi, il convegno dal titolo: "L'attachement: applications thérapeutiques chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte". Il convegno è stato seguito da un gruppo di studenti della laurea specialistica in "Psicologia Clinica" dell'università degli studi di Palermo, in occasione di un viaggio di istruzione, accompagnati dalla prof.ssa Angela Maria Di Vita, professore ordinario di "Psicodinamica dello Sviluppo e delle Relazioni familiari".



*Studenti dell'ateneo palermitano  
con Mary Main e Daniel Stern*

Si è trattato di un appuntamento molto importante per i professionisti della relazione d'aiuto e per gli studiosi delle teorie dell'attachement, un momento di crescita e di confronto, che ha visto accomunati i più accreditati esperti del settore. All'incontro sono intervenuti: Karl Heinz Brisch, John Byng-Hall, Jude Cassidy, Mary Dozier, Elisabeth Fivaz Depursing, Yvon Gauthier, Karin Grossmann Klaus e Grossmann, Nicole Guedeney, Erik Hesse, Jeremy Holmes, Kai von Klitzling, Giovanni Liotti, Mary Main, Robert Marvin, David Oppenheim, Abraham Sagi-Schwartz, Daniel Stern, Daniel Widlöcher, Charles H. Zeanah, personaggi di spicco nel panorama delle teorie dell'attachement.

Il filo conduttore dei vari interventi è stato quello di offrire un ampio sguardo allo stato attuale delle teorie dell'attachement tenendo conto sia del piano della ricerca scientifica, sia degli approcci clinico psicoterapici all'infanzia, all'adolescenza e all'età adulta.

L'attachement, oggi considerato uno dei fattori determinanti e fondamentali per lo sviluppo psicofisico di ogni individuo, prende risalto dall'opera pionieristica di John Bowlby che, connettendo l'etologia e l'osservazione dei comportamenti di attachment con la visione psicodinamica della teoria delle relazioni oggettuali, ha costruito un ponte tra l'intrapsichico e il relazionale, ma anche un solido ed euristico trait d'union tra differenti

orientamenti teorici ed operativi.

In ogni individuo ciò che interferisce con il normale dispiegarsi del sistema d'attachement, qualsiasi evento stressante o un trauma, costituisce un fattore di vulnerabilità generale e di rischio che può sfociare in costellazioni psicopatologiche variegata, in funzione di altre variabili che lo mediano come i fattori ad elevata componente genetica: il temperamento e la resilienza al trauma e i fattori socio-ambientali di supporto come il complesso delle significative relazioni d'attachement intrafamiliari ed extrafamiliari.

Tema approfonditamente discusso al convegno è stato il trattamento dell'attachement disorganizzato, tipologia d'attachement, si ipotizza, favorita da modalità d'accudimento caotiche, incoerenti che stimolano nel bambino reazioni emotive e relazionali contrastanti ed inconciliabili, con la conseguente inibizione selettiva di alcuni processi di sviluppo mentale come il pensiero logico-formale, le capacità meta-cognitive e lo sviluppo della teoria della mente, l'assenza di modulazione dell'attività emotiva, le produzioni di stati alterati di coscienza (congelamento), quindi una rappresentazione molteplice e dissociata di sé e una difficoltà a riconoscere e regolare i propri stati mentali (incluse le emozioni). Di contro si suppone che l'attachement sicuro costituisca la base per l'acquisizione della capacità cognitive e di mentalizzazione da parte del bambino.

Specifico risalto, all'interno del convegno, è stata posta all'alleanza terapeutica, agli scambi trasferali e contro-trasferali e ai pattern d'attachement del bambino (accenno è stato fatto anche al "triangolo primario" cioè alle interazioni triadiche che intercorrono tra il bambino e i suoi genitori), dell'adolescente e dell'adulto e di come la Strange Situation e l'Adult Attachment Interview mettano in rilievo stili d'attachement omologhi, laddove quelli presenti nell'infanzia (insicuro/evitante, sicuro,insicuro/ambivalente o resistente, disorientato o disorganizzato) tenderebbero ad esitare in quelli strutturalmente identici dell'età adulta (distanziante, autonomo, preoccupato, irrisolto).

La relazione terapeutica è una relazione di aiuto inquadabile tra le relazioni di attachment, una relazione nella quale vi è una persona (il paziente) che si rivolge ad un'altra (il terapeuta), "in grado di affrontare il mondo in modo adeguato", per ricevere da questa "conforto e cure". Nel corso di una psicoterapia, dunque, è inevitabile che il sistema motivazionale dell'attachement si attivi nel paziente, in quanto vi è in questo una condizione soggettiva di sofferenza, di percepita vulnerabilità o di minaccia, accompagnata dalla vicinanza di un essere umano ben conosciuto, percepito come più esperto o più forte. L'innescamento del sistema di attachment nella relazione terapeutica comporta inevitabilmente la riattivazione dei modelli operativi interni (MOI), confermati e rafforzati nel corso dello sviluppo che ha seguito la prima infanzia. I MOI influenzano la percezione interpersonale e le vicissitudini dell'elaborazione dell'in-



formazione emozionale, prima che queste divengano coscienti, rendendo difficile per il paziente l'esplorazione di significati alternativi, o la riflessione critica delle proprie aspettative, riattivando le stesse modalità di lettura del mondo apprese nell'infanzia attraverso la relazione con l'altro significativo.

Nella prospettiva dell'attaccamento, la disposizione del terapeuta alla cura del paziente può essere vista come l'effetto del sistema di accudimento genitoriale.

Entrambi i sistemi, dell'attaccamento e di accudimento, implicano un legame emotivo che va dal paziente verso il terapeuta, ma anche da questo verso il paziente.

In questo scenario, in un terapeuta sicuro i sentimenti di empatia generano un clima di sicurezza ed intimità.

La sua capacità di prendersi cura dell'altro può contribuire allo stabilirsi di quell'atmosfera di empatia utile al conseguimento del successo terapeutico. In un terapeuta insicuro, invece, la disposizione alla cura è tanto suscettibile di distorsione quanto lo è nel paziente insicuro, in quanto la psicoterapia riguarda sempre la perdita e pazienti diversi attiveranno nel terapeuta scene diverse riguardanti l'attaccamento, rievocando perdite, separazioni e riunioni primitive.

In base alla prospettiva della teoria dell'attaccamento, le psicoterapie brevi raramente forniscono una ristrutturazione dei modelli rappresentativi o un cambiamento della qualità delle rappresentazioni dell'attaccamento.

Esse difficilmente permettono lo sviluppo di processi di attaccamento sani a curativi tra paziente e terapeuta. Ci vogliono tempo ed un rapporto umano per cambiare pattern di attaccamento che durano da tutta una vita. Quindi, tali le pratiche psicoterapiche che impiegano la relazione terapeutica come esperienza emozionale correttiva ed integrativa, così come previsto esplicitamente da alcuni orientamenti teorici sia cognitivisti che psicoanalitici, propongono di disporre di dispositivi terapeutici che intervengano direttamente sugli aspetti somatici, emozionali e procedurali dei ricordi dei pazienti.

## Progressi e limiti della conoscenza: verso un uso sempre più tecnico della scienza

Alessia Magnano - psicologo

La durata media della vita, che attualmente in Italia ha raggiunto gli ottant'anni, all'inizio del secolo scorso superava di poco i cinquanta. Nel 1901, in Italia, la mortalità infantile nel primo anno di vita era di 168 bambini ogni 1.000; nel 1935 questo numero era già sceso a meno di 100. Oggigiorno la mortalità infantile nel primo anno di vita si è di gran lunga ridotta superando di poco l'uno per mille.

Il novecento, il secolo in cui si sono aperte, grazie alla scienza, più prospettive di vita per l'uomo, inizia con la scoperta dei raggi X. Nel 1901 fu conferito al professor *Röntgen*, il *Premio Nobel per la Fisica*, per gli studi fatti sui raggi x, una delle scoperte scientifiche che maggiormente accese l'immaginario collettivo. Si legge, nella sua biografia, che Röntgen non volle mai brevettare la sua scoperta, poiché era convinto che "ogni scoperta o invenzione appartenesse all'Umanità intera...".

Ma se gli studi del fisico tedesco aprirono la strada a una delle più importanti branche della medicina, la radiologia, che viene applicata in innumerevoli settori di intervento, il nostro secolo resterà segnato soprattutto dalla vittoria della medicina contro le malattie infettive, con la scoperta dei sulfamidici e degli antibiotici.

Sul finire del 1928, lo scienziato londinese Alessandro Flemming compie ricerche sulle proprietà antibatteriche delle muffe scoprendo il principio dell'"antibiosi" per cui quando due specie batteriche vengono a contatto tra loro, l'una tende a sopraffare l'altra.

Altre due tappe importantissime della storia della medicina sono: la sconfitta della poliomielite e i trapianti di cuore.

Nel 1954 si ebbe il primo trapianto di rene. Il trapianto fu eseguito con un rene prelevato da un soggetto vivente precisamente dal fratello gemello monozigote del paziente. Tale pratica suscitava polemiche di ordine etico sulla liceità di eseguire trapianti con prelievo di organo da vivente.

Il 3 dicembre del 1967, al Groote Schuur Hospital di Città del Capo, in Sud Africa, un cardiocirurgo di quarantaquattro anni, **Christian Barnard** effettua il primo trapianto di cuore. L'evento suscitò non poche reazioni perché l'organo trapiantato, il cuore, di per sé induceva a considerazioni di ordine filosofico e morale, ma la cosa più sorprendente fu quella, che il donatore del cuore era un "negro". Questo smentiva definitivamente la credenza, rassicurante per alcuni, che i negri fossero fisiologicamente diversi dai bianchi.

Letta con i suoi occhi, Barnard, la notte tra il due e tre dicembre, fece la cosa che per un medico è la più importante in assoluto: "salvare una vita umana". C'è un paziente di nome Louis Washkansky, che a soli 53 anni è condannato a morte da una grave forma di diabete e di insufficienza cardiaca. Sia i medici che il paziente sono consapevoli del fatto che non vi è più nulla da fare. L'unica cosa possibile è dargli un cuore nuovo. Nel pomeriggio del due dicembre un incidente stradale ha stroncato la giovane vita di Ann Darvall, di 24 anni. Il padre, nello strazio per la perdita della figlia, acconsente a che il suo cuore sia donato a quel signore di 53 anni, in fin di vita.

Alle 6.13 del 3 dicembre 1967 il cuore della giovane ha ripreso a battere nel petto dell'uomo. Washkansky vivrà solo per altri diciotto giorni. I problemi del "rigetto" a quell'epoca, erano ancora irrisolvibili, ma quel signore, il padre di Ann insieme al dottor Barnard, avevano aperto una nuova strada alla speranza.

In questa direzione, ci siamo abituati a pensare che dopo avere migliorato la nostra salute la scienza abbia ora il compito di realizzare i nostri più profondi desideri.

Avere figli sani, pensare di potere invecchiare mantenendo una buona forma, desiderare un corpo più bello, vedere dei genitori che non temono per la vita dei loro figli se hanno contratto una malattia infettiva, sono cose che ormai diamo per scontate.

Se una giovane coppia desidera avere un bambino come quello dei vicini bello, biondo, con gli occhi azzurri e con un bel carattere è corretto studiare il

modo per realizzare questo desiderio?

Barnard, in una intervista rilasciata ad un quotidiano tedesco, non esita a rispondere "perché no dal momento

ciò che desiderano. Se ciò le rende più felici, perché non farlo".

Sulla teoria della clonazione dei bambini Barnard, non ha dubbi ma sul-

rebbe più la chirurgia, ma la strada della biomedicina.

La biologia molecolare ha aperto grandi speranze per la cura di alcune gravi malattie e non poche illusioni sulla conoscenza dello sviluppo umano.

Grazie agli studi, di biologia molecolare sono stati identificati diversi agenti cancerogeni che hanno portato a grandi progressi nella lotta contro i tumori. Si pensi, in tal senso, alle ricerche di Pandolfi sulle leucemie.

Questo ricercatore italiano che lavora da anni, negli Stati Uniti può essere considerato il padre di una rivoluzione copernicana per la lotta ai tumori avendo identificato alcune delle principali cellule patogene. La sua teoria muove dall'idea che una volta identificate queste cellule bisogna guarirle e non distruggerle come finora si è fatto.

Allo stesso modo è facile intuire che non è possibile conoscere alcune caratteristiche di un essere umano solo attraverso la decodificazione del suo DNA poiché sappiamo bene come il corredo genetico di ogni uomo rappresenta soltanto l'elemento potenziale del suo sviluppo, il cui esito finale dipende da una miriade di fattori ambientali impossibili da prevedere.

In sintesi, non si può pensare che l'ultima frontiera della ricerca scientifica sia quella di riuscire a decodificare ogni minima molecola dell'organismo e così facendo riuscire a risolvere ogni nostro problema o desiderio.

La biologia molecolare, afferma lo psichiatra Franco Rotelli, potrà dirci ancora molte cose sui geni conquistando maggiore potere nell'ambito delle scienze, ma non potrà mai dare risposte sull'etica ovvero sul modo in cui gli uomini decidono di stabilire un contratto sociale, sui valori e sui punti in base ai quali gli individui decidono le modalità del proprio relazionarsi.

Per quanto riguarda le conseguenze etiche sul piano della cura, lo straordinario progresso dell'efficacia dell'intervento medico, supportato dai formidabili progressi delle conoscenze biomediche e dallo sviluppo delle biotecnologie applicative, ha portato a "disumanizzare" il rapporto clinico tra medico e paziente

Il medico, che un tempo si prendeva cura del sofferente, nella sua



che è tecnicamente possibile". Non ha dubbi, il cardiocirurgo, sul fatto che la tecnologia abbia il compito di aumentare il tasso di felicità nel mondo, e osserva che questo è stato sempre il principio che ha ispirato la sua attività di medico, come quando, nel 1967, effettuò il primo trapianto di cuore della storia. "Dio non avrebbe avuto nulla in contrario, anzi, avrebbe sicuramente fatto lo stesso".

In modo schematico e senza mostrare la minima perplessità verso il paradosso etico da lui stesso formulato, spiega la tecnica: "Che ci vuole. Si prende un embrione, si clona e si mette in frigorifero; nel frattempo l'originale viene impiantato nell'utero della madre. Non resta che aspettare che il bambino nasca e giudicare i risultati. Se poi vale la pena, nel senso che il bambino funziona, è carino, non dà troppi problemi e magari va anche bene a scuola, allora si ritira fuori dal frigorifero il clone e si reimpianta nell'utero di chi è disposto ad adottarlo, oppure si fa in provetta".

In questo modo, continua lo scienziato, è possibile sapere esattamente come quell'embrione si svilupperà e che genere d'uomo diventerà, e le coppie potranno avere esattamente

l'uso terapeutico dell'embrione esprime qualche perplessità di ordine etico. Oggi sappiamo che la ricerca scientifica sulle cellule staminali aprirebbe grossi confini alla scienza del nostro secolo. Non si è ancora scoperto se le cellule staminali embrionali risulterebbero più utili rispetto a quelle derivate da altre fonti. In ogni caso se esistono delle possibilità è giusto rinne-  
garle per ragioni di ordine etico?

Secondo il chirurgo Barnard "Sì", egli sostiene che "clonare gli embrioni per avere bambini biondi e con gli occhi azzurri non è che una possibilità di maggiore felicità per dei genitori resa possibile da un uso intelligente della tecnologia. Sull'uso di embrioni per fini esclusivamente di ricerca esprime il suo disaccordo: "anche un embrione di otto cellule è potenzialmente un essere umano, e non vedo come si possa pensare di considerarlo al pari di un qualunque materiale organico"

Alla domanda sui rischi etici connessi a una tale visione della biomedicina, Barnard risponde che "se c'è qualcosa che non è etico, di questi tempi, è il progetto di uno scudo stellare". E aggiunge che se rinascesse oggi non avrebbe dubbi. Non sceglie-

complessità psicosomatica, è un retaggio del passato. Oggi assistiamo ad un cambiamento di questa figura che da professionista si trasforma in "tecnico", sia pure di alto livello, da cui, come in qualunque campo, si possono pretendere prestazioni, purché rientrino nelle sue competenze.

In tal modo, si assiste al proliferare di tecnici, abili a risolvere i "guasti" organici, magari con interventi di altissima tecnologia, sino al trapianto multiplo di organi.

Si ha come la sensazione di un ritorno al passato, ad un'ideologia meccanicista, che considerava l'essere umano come una macchina composta da parti indipendenti tra loro.

La perdita di valore nella "soggettività", ha portato ad una specializzazione spesso esasperata, che individua ormai figure professionali sempre più diversificate e legate fra di loro soltanto dall'aver frequentato lo stesso corso di laurea.

Come confrontare infatti, dal punto di vista dell'impegno etico e della responsabilità personale, chi si dedica ad esempio all'assistenza dei malati terminali, e chi opera esclusivamente nella chirurgia estetica di "ringiovanimento", eccetto l'obbligo comune di una professionalità competente?

D'altra parte diventa sempre più difficile trovare un medico che si prenda cura "globale" di un ammalato nella sua complessità psicofisica e spirituale. Spesso, inoltre, questa figura tende ad essere sminuita del paziente stesso che, influenzato dall'immaginario collettivo, riconosce nello "specialista" una figura più prestigiosa.

L'uso ripetuto e ormai abituale di termini come: azienda al posto di ospedale, cliente al posto di ammalato, operatore sanitario invece che medico o infermiere, hanno contribuito ad una visione sempre più tecnologica, e quindi materialistica, della funzione sanitaria.

Degradato spesso a "prestatore d'opera", il medico tende a perdere sempre di più la sua identità, che, è stata, per secoli, quella di accompagnare il proprio paziente nel dramma ineludibile della sofferenza, aiutandolo a trovare un senso anche nella malattia.

## Resistenze culturali nell'inserimento di nuove tecniche d'intervento per la gestione dei disturbi psicologici del paziente oncologico correlati alla malattia e al trattamento chemioterapico: la musicoterapia.

*Giuseppe Lissandrello - psicologo*

### Introduzione

**N**ella gestione psicologica, per contrastare i disturbi più frequenti che si presentano nel malato oncologico - come ansia e depressione, rinforzati dagli effetti collaterali della chemioterapia (nausea e vomiti anticipatori, crisi di panico, etc.) - oltre ai classici interventi psicooncologici (counselling, problem solving e tecniche comportamentali di rilassamento) ci siamo avvicinati a nuove forme di intervento.

In tal senso, le modalità utilizzate dalla Musicoterapia - intesa come scienza della relazione - così come avallata da recenti studi su popolazioni affette da malattie cronico/degenerative, hanno fornito riscontri oggettivi tali da suscitare interesse di tipo scientifico nella gestione dei sintomi in una popolazione oncologica.

L'obiettivo di tale intervento è quello di dare ai partecipanti nuovi strumenti per rinforzare le risorse di coping nella gestione dell'ansia, nella conoscenza del sé corporeo, nella moderazione del livello di depressione. Tutto questo senza perdere di vista un importante obiettivo "terapeutico": migliorare la relazione medico-paziente. In altri termini, rendere più attiva l'utenza nella salvaguardia della loro qualità di vita.

### Materiali e Metodi

La ricerca è stata suddivisa in varie fasi:

- Fase di reclutamento.
- Fase di somministrazione strumenti psicodiagnostici.
- Fase d'intervento.
- Fase conclusiva.

Il campione è stato estrapolato dalla popolazione oncologica in trattamento chemioterapico presso il Day Hospital del reparto di Oncologia Medica dell'Ospedale "G. Di Maria" Avola.

Le caratteristiche del campione sono:

- range età 30 - 50;
- sesso femminile;
- patologia unica/c.a. mammella.

All'inizio di questa ricerca, la popolazione totale che possedeva i requisiti, sopracitati, era formata da 30 pazienti circa, ai quali era stata presentata la ricerca.

Di questi pazienti solo il 35% ha dato adesione per la fase successiva.

Nella seconda fase, ai soggetti che formavano il campione sono stati somministrati:

- un questionario di personalità (M.M.P.I. 2);
- uno strumento per la valutazione dell'ansia sia di stato che di tratto (S.T.A.I. Y. 1-2);
- uno strumento di misurazione della depressione (Beck Depression Inventory);
- uno strumento psicoanamnestico (Questionario d'Informazione e Opinione).

Gli strumenti di misurazione dell'ansia e della depressione servivano a valutare se l'intervento musicoterapico andava significativamente a modificare questi stati; mentre la valutazione della personalità era a tutela del paziente stesso - poiché le tecniche musicoterapiche agendo, non solo sulla relazione ma anche su dinamiche profonde potevano non risultare vantaggiose, in questo contesto, a chi avesse presentato disturbi importanti nei tratti di personalità.

La metodologia utilizzata all'interno della musicoterapia è la tecnica della sintonizzazione (Stern/Postacchini) con l'ausilio del "canto armonico", veicolo sonoro-musicale volto alla riscoperta delle proprie potenzialità artistico/relazionali.

Obiettivo primario: far riscoprire ai partecipanti una modalità di emissione sonora insita, seppur dimenticata, nella natura stessa dell'essere umano.

Attraverso la pratica di questo "canto diplofonico", l'individuo arriva ad una

maggiore percezione del sé corporeo inserito in un contesto ambientale. Il tutto corredato da un adeguato training per imparare a regolare le proprie emozioni, a gestire i sintomi e a moderare gli eventi stressanti.

Gli incontri con cadenza settimanale, della durata di 1h e 30 minuti ciascuno, venivano tenuti nella sala accoglienza del Day Hospital per un periodo trimestrale.

Gli incontri erano condotti da un musicoterapista esperto della tecnica utilizzata, coadiuvato da uno psicologo - lo stesso che ha reclutato il campione a tutela dei partecipanti.

Nella fase conclusiva venivano somministrati gli strumenti già menzionati per la misurazione dell'ansia e della depressione, per verificare un'eventuale modificazione degli atteggiamenti; ciascuno dei partecipanti veniva inoltre intervistato per avere maggiori indicazioni sul loro grado di percezione della qualità di vita.

## Risultati

Il campione reclutato risultava con una forma lieve di depressione; per quanto riguardava l'ansia evidenziava una maggiore ansia di tratto rispetto all'ansia di stato.

Nessuno membro del campione presentava tratti di disturbi della personalità.

Al primo incontro si erano presentate solo due delle otto persone che formavano il campione. Per tutta la durata degli incontri non si riusciva a formare un gruppo e ad ogni incontro i partecipanti si alternavano, non superando mai il numero di tre persone. Le difficoltà incontrate dall'assenza dei partecipanti ha dato solo dei riscontri parziali degli obiettivi prefissati ma non valutabili oggettivamente.

## Discussione

Il fatto di non aver potuto rilevare una valenza statistica ai fini scientifici non deve assolutamente pregiudicare la validità dello strumento utilizzato; tutti i partecipanti hanno infatti riscontrato un senso di rilassatezza e serenità alla fine di ciascun incontro; ed in più, laddove i soggetti presentavano precisi sintomi legati alla malattia o alla chemioterapia (come il senso di nausea), gli stessi riconoscevano, a fine trattamento musicoterapico, la scomparsa delle sensazioni sgradevoli.

Forse bisognerebbe soffermarsi più sulle difficoltà oggettive e sui limiti che hanno impedito lo svolgersi della ricerca.

In primo luogo, i pazienti sotto trattamento chemioterapico sono più vulnerabili agli effetti collaterali: fatigue, anemia, febbre, ecc.

I soggetti del gruppo anche se erano

di località vicine all'ospedale dovevano essere accompagnate da altre persone - e non sempre i caregivers erano disponibili per il giorno convenuto.

Inoltre appartenendo ad una fascia d'età ancora attiva, molti di loro non potevano assentarsi dal proprio posto di lavoro; altri ancora dovevano badare ai propri figli. Infine, e non ultimo, il problema di dover ritornare nello stesso luogo dove viene associata la malattia, anche se per intraprendere un percorso terapeutico innovativo, crea certamente una certa resistenza psicologica.

## Conclusioni

Come prima esperienza di tal genere, in un contesto culturale che poco conosce gli effetti benefici della musicoterapia, possiamo ritenere i risultati raggiunti soddisfacenti tenendo presente che si andava ad operare in un campo già di per sé delicato, sia dal punto di vista personale che sociale - per le implicazioni psicologiche che noi addetti ai lavori conosciamo bene.

Sappiamo che ogni innovazione ha bisogno di tempo per radicarsi nel sostrato sociale, quindi rimaniamo fiduciosi per tentare nuovi approcci con la consapevolezza che il nostro know how porterà di certo miglioramenti nella qualità di vita delle persone che soffrono.



## Il nuovo codice della privacy: obblighi e adempimenti

Mario Ponari - avvocato

**I**l nuovo codice della privacy (D. Lgs 196/2003) entrato in vigore il 1 gennaio 2004, ha abrogato tutta la precedente normativa in materia (L. 675 del 31 dicembre 1996 e successive modificazioni), ed ha introdotto alcune importanti modifiche, relative soprattutto ai soggetti obbligati ed alle sanzioni civili, penali ed amministrative.

Sebbene molti degli obblighi previsti dalla nuova legge siano vigenti già dal 1 gennaio 1998, sembra tuttavia opportuno fare il punto sulle attività necessarie per un corretto trattamento dei dati personali all'interno degli studi professionali.

### I soggetti che effettuano il trattamento

Il codice individua tre categorie di soggetti che effettuano il trattamento dei dati personali, ai quali fanno capo compiti e responsabilità diverse.

La figura più rilevante è certamente quella del "titolare", soggetto (persona fisica o giuridica) cui competono le decisioni sulle finalità e sulle modalità del trattamento, con particolare riferimento al profilo della sicurezza dei dati.

In uno studio professionale, titolare sarà dunque il singolo professionista (o lo studio nel suo complesso), sul quale incombono tutti gli obblighi previsti dalla legge, ed al quale, di conseguenza, si applicano le sanzioni penali ed amministrative previste.

Chiunque tratti dati personali all'interno dello studio (sia esso personale di segreteria o tirocinante) deve poi essere nominato (per iscritto) "incaricato".

Si tratta di una figura che non opera in autonomia, ma attenendosi alle direttive fornite dal Titolare del trattamento, ed all'interno di un ambito limitato alla propria area di competenza, specificamente individuata nell'atto di designazione.

Il Titolare può anche nominare un Responsabile del trattamento, al quale affidare alcuni compiti specifici e determinati per iscritto, e sul cui operato dovrà vigilare, pianificando anche verifiche periodiche.

### Informativa

Al momento della raccolta dei dati personali del cliente, questi deve essere informato, anche oralmente, circa le finalità del trattamento (ad es. terapia e diagnosi), le modalità dello stesso (con strumenti elettronici o cartacei), oltre a tutti gli altri elementi indicati nell'art.13 del Codice.

Sebbene, come detto, possa anche essere resa oralmente è tuttavia fortemente consigliabile, a fini chiaramente probatori, la redazione per iscritto di una completa ed esaustiva informativa, da fare sottoscrivere al cliente "per presa visione".

Nel caso in cui l'informativa non venga resa, o non contenga gli elementi indicati dall'art.13 del Codice, il Titolare è punito con una ammenda che, per il trattamento di dati sensibili, va da 5.000,00 a 30.000,00 Euro

### Consenso

I soggetti privati, secondo quanto disposto dal D.Lgs 196/03, possono trattare dati sensibili (relativi cioè, per

quanto riguarda lo psicologo, soprattutto allo stato di salute) solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante.

Il consenso, in particolare, costituisce una condizione di liceità del trattamento, deve quindi essere acquisito dal professionista prima della raccolta dei dati personali ed avere determinati requisiti previsti dalla legge.

Il consenso deve infatti essere espresso dall'interessato in piena libertà, senza alcuna forma di costrizione o induzione, e deve essere specifico, riferito cioè ad un trattamento precisamente individuato di dati, ad un titolare determinato e a finalità precise.

Non è dunque valido un generico consenso al trattamento dei dati personali che non faccia riferimento al complesso di operazioni chiaramente evidenziate all'interessato nell'informativa di cui all'art. 13, la quale costituisce il presupposto di un valido "consenso informato".

È opportuno precisare, infine, che in alcuni casi tassativamente individuati dal Codice, si può prescindere dal consenso dell'interessato quando il trattamento sia necessario, a titolo puramente esemplificativo, per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge o per fare valere un diritto in sede giudiziaria.

Al Titolare che tratti i dati in mancanza, ove prescritto, del necessario consenso viene comminata la pena della reclusione da 6 a 24 mesi.



### Misure di sicurezza e organizzazione

Il Titolare del trattamento deve custodire i dati, adottando preventive misure di sicurezza che riducano al minimo i rischi di distruzione o perdita (anche accidentale) dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito.

Le misure minime di sicurezza previste dal Codice, la cui

mancata adozione è sanzionata penalmente, sono diverse a seconda che il trattamento venga effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici o meno.

#### Trattamento con strumenti elettronici

Il Codice all'art.34 elenca tassativamente le misure minime di sicurezza necessarie per garantire la sicurezza dei dati quando il trattamento avvenga con l'uso di strumenti elettronici (categoria quest'ultima nella quale rientra anche un semplice personal computer).



Tali misure si traducono in altrettanti obblighi a carico del Titolare, e possono così riassumersi:

- assegnazione di user name e password ad ogni incaricato al quale deve essere abbinato uno specifico ambito di trattamento, da verificare periodicamente;
- adozione di procedure per la gestione di copie di sicurezza (back up)
- tenuta di un aggiornato documento programmatico sulla sicurezza
- aggiornamento dell'Antivirus almeno ogni sei mesi
- adozione di strumenti anti intrusione

informatica (firewall)

- adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari;

Tra i menzionati adempimenti merita un cenno particolare il Documento Programmatico sulla Sicurezza.

Si tratta di un documento, da redigere per la prima volta entro il 31 dicembre 2005, e successivamente da

aggiornare ogni anno, nel quale il Titolare deve illustrare sinteticamente le misure di sicurezza adottate all'interno della propria struttura per prevenire la perdita o l'abusiva diffusione dei dati trattati.

Dovrà contenere tra l'altro:

- l'elenco dei trattamenti effettuati all'interno della struttura;
- la distribuzione dei compiti e delle responsabilità all'interno della struttura;
- l'analisi dei rischi che incombono sui dati;
- la previsione di attività di formazione periodica a beneficio degli incaricati;

#### Trattamento senza strumenti elettronici

Nel caso di trattamenti senza strumenti elettronici, le misure minime previste dalla legge consistono:

- nell'aggiornamento periodico dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati;
- nella previsione di procedure per un'ideale custodia di atti e documenti affidati agli incaricati per lo svolgimento dei relativi compiti;
- nella previsione di procedure per la conservazione di determinati atti in archivi ad accesso selezionato e disciplina delle modalità di accesso finalizzata all'identificazione degli incaricati;
- nel controllo dell'accesso agli archivi contenenti dati sensibili o giudiziari mediante strumenti elettronici per il controllo degli accessi, Incaricati alla vigilanza, o preventiva autorizzazione dei soggetti.

È bene ricordare, infine che il Titolare non è obbligato solo alla adozione delle misure minime di sicurezza sommarariamente illustrate in questa sede, ma di tutte quelle misure che, con riferimento anche al progresso tecnologico, saranno ritenute idonee per la protezione dei dati trattati.

#### Le proroghe

Un breve cenno va fatto sulle ripetute proroghe intervenute sulla materia, che hanno generato parecchia confusione soprattutto tra i non addetti ai lavori.

Va precisato in merito, che le ripetute proroghe cui viene data pubblicità con particolare enfasi, riguardano esclusivamente l'adozione delle "nuove" misure minime di sicurezza introdotte per la prima volta dal Codice e non esplicitamente previste dalla precedente normativa.

Bisogna dunque prestare molta attenzione, e verificare la propria struttura organizzativa, senza confidare nelle proroghe di cui molti potrebbero non avere beneficiato, ed essere conseguentemente "in difetto" sin dal 1999 (DPR 318/99).

In conclusione, anche alla luce delle superiori considerazioni, è necessario che ciascun professionista verifichi lo stato di applicazione del D. Lgs. 196/03 all'interno del proprio studio, adottando se del caso delle procedure volte ad attuare una efficace protezione dei dati personali trattati.

## Resoconto e riflessioni sul II congresso

della psicoterapia italiana: "L'implicito e l'esplicito in psicoterapia"

Siracusa 21/24 aprile 2005

*Sebastiano Ciavarella - psicologo*

Organizzato dalla F.I.A.P. - Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia, in collaborazione con il Coordinamento Nazionale delle Scuole di Psicoterapia, si è svolto a Siracusa dal 21 al 24 aprile 2005 il II Congresso della Psicoterapia italiana.

Tema interessante ed intrigante: "L'IMPLICITO E L'ESPLICITO IN PSICOTERAPIA".

L'anima della manifestazione è stata l'infaticabile Margherita Spagnolo Lobb, Presidente uscente della FIAP e Co-fondatore, con Giovanni Salonia, dell'Istituto di Gestalt - HCC di Siracusa insieme a tutti i componenti della sua Scuola, con sedi a Ragusa, Siracusa, Palermo, Venezia, Roma.

Un Congresso in tutti i sensi "Mediterraneo": il sole, il mare, la natura greco-siciliana hanno fatto da naturale cornice a questo importante appuntamento degli psicoterapeuti italiani.

L'importanza si rileva dalla somma di eventi, interventi, presenze, temi che hanno caratterizzato l'assise. Anche i patrocinii ottenuti (Presidenza del Consiglio dei Ministri, MIUR, Ministero della Salute, CNR, gli Ordini Nazionali delle professioni "attraversate" dalla psicoterapia - Medici e Psicologi - Enti Locali, Università di Palermo, e Società Scientifiche) testimoniano il valore attribuito dalle Istituzioni Nazionali all'attività socialmente rilevante rappresentata al Congresso.

È facile quindi intuire che la Psicoterapia siciliana in questo contesto ha fatto uno sforzo organizzativo non indifferente.

Più di 20 Associazioni e di Istituti impegnati nella psicoterapia nei diversi orientamenti ed approcci esistenti in Italia hanno segnato un indirizzo ormai indifferibile: "...aprirsi ed interrogarsi su temi clinici che tutti, con linguaggi teorici diversi - affrontano...".

Questi i "temi" delineati brillantemente dalla Presidente

della FIAP nella Introduzione al Congresso: "...le parole ed il corpo, il conscio e l'inconscio, il razionale e l'irrazionale, l'esperienza ( Erlebnis) e l'interpretazione, l'armonia spontanea e la norma il potere della verità sostituito dalla verità della relazione...".

Queste linee tematiche sono state affrontate dagli illustri relatori invitati: D. Stern, G. Liotti, Massimo Ammaniti.

Daniel Stern, forse il più importante psicologo vivente, nella sua Relazione Magistrale si è chiesto, in principio, perché le persone cambiano in psicoterapia e come una comprensione dello sviluppo può aiutarci a rispondere a questa domanda. Nello stile che lo caratterizza di semplicità e spontaneità letteraria, Stern ha presentato all'uditorio i cambiamenti rivoluzionari a cui la sua teoria conduce sia in ambito evolutivo che in ambito clinico. In quello evolutivo Stern ha dimostrato che i bambini imitano le intenzioni dell'adulto e non ciò che vedono. In quello clinico ha evidenziato l'importanza della conoscenza implicita nel processo terapeutico che conduce al cambiamento indipendentemente dalla conoscenza esplicita.

Oltre alla Relazione Magistrale ed alle due Relazioni di Liotti e Ammaniti il Congresso si è via via articolato in Tavole Rotonde (tutte le mattine) alle quali sono seguiti i "process groups", una vera "novità" nella cultura scientifica dei tradizionali congressi, offerta dalla metodologia della psicoterapia della Gestalt, di cui Margherita Spagnuolo Lobb è oggi una degli esperti più significativi nel panorama internazionale. Tali gruppi, facilitati da leaders preparati all'uopo, ai quali erano stati iscritti in maniera casuale i partecipanti al congresso, avevano lo scopo di far "incontrare" le persone per reagire, condividere e discutere liberamente sui temi trattati nelle tavole rotonde e/o nei workshop; una sorta di seminario, talvolta anche esperienziale, di tradizione umanistica che è riuscito a coinvolgere tutti i partecipanti di formazione diversa che incontrandosi e scontrandosi hanno provato a comunicare!

All'intervento di D.Stern sono seguite le due relazioni



*Margherita Spagnolo Lobb apre i lavori del Convegno*

tenute, il primo giorno di congresso da Giovanni Liotti e Massimo Ammaniti.

Liotti ha discusso una interessante e stimolante relazione sulla "conoscenza implicita ed esplicita delle emozioni nelle psicoterapie cognitive".

Analizzando la ricerca psicobiologica contemporanea Liotti afferma che "...nell'uomo esiste una conoscenza a base innata, pre-verbale ed implicita, del significato e del valore delle emozioni percepite in sé e nell'altro...".

Nella psicoterapia cognitiva (in particolare nella prospettiva cognitivo-evolutionistica) "è attribuito un grande rilievo alla possibilità che la conoscenza esplicita, verbalizzabile, del significato e del valore delle emozioni, ...possa divergere dalla conoscenza implicita di esse. Il processo di attribuzione di un significato esplicito che diverge da quello implicito è chiamato "invalidazione dell'emozione". Esso conduce ad ostacoli anche seri nella regolazione o modulazione dell'emozione...". Per Liotti uno dei compiti della psicoterapia è dunque "dedicare particolare attenzione al processo correttivo di validazione dell'esperienza emozionale...".

Di sicuro valore il contributo di M. Ammaniti relativo alla "Infant research e della neurobiologia alla psicoterapia".

Egli ha sottolineato i più recenti sviluppi della infant research, della teoria dell'attaccamento e della neurobiologia che... se da una parte confermano alcune intuizioni psicoanalitiche dall'altro aprono degli scenari nuovi che confermano l'importanza di costruire metodologie di intervento clinico basate su queste evidenze di ricerca...".

Sin qui le Relazioni inaugurali del Congresso.

Sebbene breve, ma di ampia portata culturale e di significative prospettive, è stata la inaugurazione dei lavori del 21 pomeriggio. Ai saluti del Presidente della FIAP e del Comitato esecutivo, sono seguiti i saluti del Segretario della European Association for Psychotherapy, Alfred Pritz, del dott. Michele Lo Magro, in rappresentanza della Società italiana di Psichiatria, del dott. Antonio Sperandeo, in rappresentanza del Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia, Fulvio Giardina e del Presidente dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, dott. Pierangelo Sardi, del

Vice Presidente della Commissione Psicoterapia del MIUR e fiduciario della FNOMeO, dott. Piero Petrini, del Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Siracusa, Biagio Scandurra, del Segretario del CNSP, dott. Alberto Zucconi.

mente ampio che faceva pensare non poco (per la scelta) a chi volesse approfittare (specialmente i nostri giovani colleghi) per conoscere - unica volta forse, in così breve tempo - tanti modelli, approcci e professionisti di livello nazionale ed internazionale...



Merita particolare sottolineatura l'intervento del prof. Leonardo Ancona, Emerito di Psichiatria della Università Cattolica Sacro Cuore di Roma, nella sua veste di Presidente della Commissione Psicoterapia del MIUR. Egli con la semplicità e l'immediatezza che hanno sempre caratterizzato la sua personalità, unite alla grande cultura scientifica e professionale, ha affermato l'importanza della qualità personale e umana del terapeuta.

Fornire una solida base scientifica e culturale nella formazione in psicoterapia, egli ha affermato, è di vitale importanza per il futuro di questa insostituibile professione nell'attuale contesto socio-culturale. Ma lo stesso ha anche focalizzato il suo intervento nel "dovere" etico e deontologico della formazione personale, del proprio processo di crescita e di sviluppo interiore e psicologico, sempre minacciato da facili auto-inganni e da insuperate "resistenze" al cambiamento proprie delle professioni c.d. d'aiuto (medici, psicologi, psicoterapeuti).

Lo svolgimento del Congresso si è articolato via via, sempre più intensamente e con una grande varietà di "offerte" esperienziali, professionali e scientifiche. Lo snodo, ha visto la presentazione di workshops, minilectures, poster nei quali i rappresentanti degli Istituti di formazione in psicoterapia, i capi Scuola, i professionisti, gli accademici hanno offerto un "menù" vera-

Le Tavole Rotonde hanno dato una marcatura al Congresso di respiro Europeo.

Esse spaziavano dall'Etica e Deontologia, alla Integrazione, Pluralismo, Eclettismo, dalla Formazione alla Ricerca, dal "Dicibile" all'"Indicibile" alle qualità del terapeuta nella relazione, per finire alla Letteratura Scientifica ed alle Riviste di psicoterapia in Italia.

Un'ultima annotazione riguarda le "Classi di esercizi bioenergetici" che ogni mattina precedevano i lavori del Congresso: appariva una buona indicazione metaforica della Psicoterapia post-moderna quando focalizziamo i nostri sforzi alla integrazione professionale e scientifica anziché alla lotta "politica", quasi ideologica dei Fondatori e dei loro epigoni ed all'unità di mente-corpo: "mens sana pro corpore sano" (parafrasando l'antico detto latino).

La cena sociale e il dopo-cena, hanno permesso ai partecipanti di incontrarsi in un contesto ludico dove il gustoso cibo, il buon vino e le amene danze hanno fatto da ottimi enzimi!

La chiusura del congresso, il 24 mattina ha visto non poche presenze e un passaggio di consegne, con l'impegno alla cura della prossima presidenza FIAP e dell'organizzazione del III convegno, "forse" sul tema dell'umorismo in psicoterapia.





# Recensioni

a cura di Roberto Pagano - Consigliere



A cura di  
Riccardo Mondo e Luigi Turinese  
"CARO HILLMAN"

*Venticinque scambi epistolari con James Hillman*  
Bollati Boringhieri, 2004

Una conversazione fa cambiare direzione alle cose." E per ogni conversazione esiste un "verso", un rovescio, un lato opposto. Io credo che sia proprio questo verso, questo esporre la visione opposta, il compito del nostro parlare...."

Non credo ci sia forma migliore per aderire a questa affermazione di Hillman dello stile epistolare scelto da Riccardo Mondo e Luigi Turinese per dialogare proprio con lui, e con le diverse facce che ogni voce gli attribuisce: Maestro, Traditore, Eretico, Bricoleur....: Caro Hillman, edito da Boringhieri, è infatti un dialogo a più voci tra domande, riflessioni e commenti che diverse figure della psicologia analitica e della cultura italiana - artisti, filosofi - gli pongono direttamente sulla sua visione della psicologia, che è poi una visione del mondo e della vita. Ogni lettera racchiude il pensiero e la personalità di chi la scrive, rendendo più vivace ed acuta la risposta, e ancor più viva e dinamica la sua psicologia, che lungi dal proporsi come sistema ideologico, intende dialogare con la pluralità dei punti di vista, con i suoi oppositori così come con i suoi estimatori. Del resto, nulla del pensiero di J. Hillman ha a che fare con posizioni preordinate, se non quella di rimanere fedele a se stesso rispondendo con i sentimenti che ogni domanda o ogni dissenso gli suscita, con le immagini che le stesse gli evocano, più che un fornire spiegazioni razionali o motivazioni difensive. L'unica spiegazione possibile - e che credo dovrebbe rimanere sempre presente in chiunque accosti la sua opera - è forse rintracciabile in quella metafora delle perle riportata nella sua prima lettera: "...Perché la psicologia per me è aprire le ostriche e pulire le perle, cioè recuperare e portare alla luce e indossare quotidianamente la vita dell'immaginazione, che non può redimere la tragedia, non lenire la sofferenza, ma può arricchirle e renderle più tollerabili, interessanti e preziose". Con questa affermazione Hillman spiega non solo la sua difficoltà ad intendersi con il mondo accademico, ma racchiude il senso più profondo e più vitale del suo mondo che non può essere colto se non come dono di bellezza, e non come sistema teorico cui ricondursi e rimanerne soffocato, nemmeno quello della psicologia analitica cui si è soliti avvicinarlo. Del resto, è questa libertà di "infilare le perle" ognuno a modo proprio l'aspetto più intrinseco alla

matrice junghiana, a quel processo di individuazione che dovrebbe condurre ogni uomo ad incarnare perfettamente sé stesso. Inoltre, con le stesse parole, risponde inequivocabilmente a chi, preoccupato, teme che in tanta bellezza si possa smarrire il senso del tragico, o quanto meno se ne possa perdere profondità e spessore (A. Romano). Certo non è facile accostare il metodo mercuriale di Hillman, che non vuole stare da qualche parte a combattere, ma seguire un sentiero nel groviglio della psiche, ... nelle sue profondità ancestrali dove la bile nera della malinconia non è sostanza fisica ma umore dell'anima che può essere migliorata con musica e parole indirizzate agli dei planetari (risposta a M. Trevi e M. Innamorati).

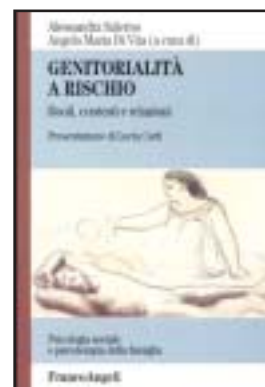
Pertanto il libro si presenta come un dialogo serrato tra le due forme del pensare: il pensare indirizzato, e il sognare e fantasticare, intercalato dai brevi quanto accurati commenti dei due curatori che, nell'intenzione di mantenere un'unità generale e un'integrazione di senso tra le più voci, assolvono ai compiti dell'io, alle sue capacità di unificare e sintetizzare, forse cercando di mantenere accesa quella "lanterna magica" che Giovanni Rocci nella sua lettera auspica come necessaria per non perdersi nell'abisso dell'immaginazione.

Infine, se il testo offre la possibilità di attingere alla "creativa distorsione" che Hillman ha fatto dell'opera junghiana, è pure vero che il pensiero originario, si ritrova attraverso questo scambio di ammirate riflessioni critiche, quanto mai rivitalizzato e ringiovanito, in virtù di quel principio secondo il quale ciò che vive è sempre sottoposto a tradimenti e revisioni e, proprio per questo, capace di attivare bellezza e fantasia.

Per concludere, un sincero ringraziamento ai due curatori di questo libro che da perfetti gentiluomini siciliani, spinti dall'audacia del loro daimon, hanno attraversato l'oceano di una non certo facile avventura letteraria, regalando alla psicologia un ricco contributo tutto siciliano, dal ritratto in copertina di Franco Battiato, a quella strofe conclusiva di Manlio Sgalambro che nella bellezza del vivere per nessuno scopo, nel vivere per vivere trova forse la più densa celebrazione del pensiero hillmaniano.

Lilia Di Rosa

A cura di  
Angela Maria Di Vita e Alessandra Salerno  
**GENITORIALITÀ A RISCHIO**  
Ruoli, contesti e relazioni  
Ed. Franco Angeli, Milano 2004 - € 23,00



**I** rapidi mutamenti socio-culturali che si sono verificati nelle società occidentali a partire dal dopoguerra hanno indotto la formazione di nuove tipologie familiari che si discostano dal modello nucleare tradizionale e includono famiglie di fatto, unipersonali, monogenitoriali, omosessuali e ricomposte.

Il venir meno del ruolo centrale del matrimonio come fattore istituyente della famiglia e della filiazione ha provocato un cambiamento nel modo di concepire la famiglia ed i legami familiari e, in assenza di modelli di riferimento, ha richiesto una ristrutturazione dei ruoli da parte dei suoi membri.

All'interno di questo panorama si inserisce il libro "Genitorialità a rischio. Ruoli, contesti e relazioni", a cura di Alessandra Salerno e Angela Maria Di Vita, che affronta in un'ottica dinamica una tematica, mai come oggi così critica, come quella dell'evento nascita.

Le autrici adottano un paradigma di riferimento relazionale simbolico, la famiglia si configura come un sistema che si evolve nel corso degli anni in seguito sia ad eventi normativi che imprevedibili; la genitorialità, secondo questa prospettiva, viene intesa come un momento naturale di crisi del ciclo di vita familiare che implica il passaggio dalla diade alla triade.

All'interno della configurazione familiare si verificano infatti modificazioni sostanziali successivamente alla nascita di un figlio che, in particolare se primogenito, comporta trasformazioni relazionali ed organizzative che si ripercuotono non solo sulla coppia genitoriale ma anche sul gruppo familiare esteso.

L'arrivo del primo bambino implica, oltre che all'accogliimento stesso del nascituro, l'accettazione di un ruolo genitoriale e la ridefinizione delle relazioni con le famiglie d'origine; si assiste ad un salto generazionale, la donna da figlia diventa madre così come l'uomo assume una funzione paterna, inoltre la percezione che i neogenitori avranno di se stessi dipenderà anche dall'immagine che i propri genitori trasmetteranno loro come adulti capaci di crescere un figlio.

Un adattamento flessibile agli eventi funge da criterio distintivo tra una famiglia sana ed una disfunzionale, i vari ambiti di studio e d'indagine trattati nel testo sono legati dall'attenzione ai "ruoli" "contesti" e "relazioni" potenzialmente problematici per un adeguato adempimento del compito genitoriale.

I ruoli esaminati attengono all'essere e al divenire nelle dimensioni materna e paterna, nello specifico alla forma-

zione dell'identità femminile mediata dal rapporto madre-figlia e le rappresentazioni di uomini alla loro prima esperienza di paternità prima e dopo la nascita del figlio.

I contesti a rischio spaziano dai casi di nascita pretermine nei quali viene rilevata l'importanza del supporto offerto dall'equipe sanitaria alle madri, all'esercizio della funzione materna in carcere ed infine all'esperienza di maternità di donne immigrate in un ambiente comunitario differente da quello di appartenenza.

Le relazioni prese in considerazione riguardano da una parte la riproduzione assistita e il sentimento di impotenza e di colpa esperito dalla coppia rispetto ad una capacità di procreazione spesso data per scontata, dall'altra il benessere psichico dei figli cresciuti da genitori dello stesso sesso e lo sforzo della famiglia omosessuale di acquisire un riconoscimento sociale.

L'approccio multimetodologico rigoroso rispettato dalle studiose, comprensivo dell'utilizzo contemporaneo di metodi qualitativi e quantitativi e di diversificati strumenti osservativi, grafico proiettivi e di self-report, si è reso indispensabile per cogliere le molteplici sfaccettature dei fenomeni analizzati considerata la loro complessità.

Particolare rilievo viene prestata all'operatività del professionista che si imbatte in queste situazioni difficili, il focus della ricerca non si concentra difatti esclusivamente sui vissuti dei genitori ma coinvolge in eguale misura quello degli operatori.

Si ritiene che la lettura possa risultare proficua ad un vasto pubblico che comprende studenti, specializzandi, professionisti, operatori e tutti coloro che sono interessati ad approfondire ed a confrontarsi su tematiche familiari libere da pregiudizi sociali e che sono consapevoli della necessità di un bagaglio conoscitivo ed operativo al passo con i tempi.

*Roberta Cancilla*



# aggiornamento albo

*Nuovi iscritti all'Albo Sez. A e Sez. B  
dal 25/11/2004 al 23/9/2005*

## ISCRITTI SEZ. "A" - PSICOLOGI

<i>n° Scheda</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Prov.</i>	<i>n° Scheda</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Prov.</i>
3062	Amoroso Emanuela	TP	3107	Buttafarro Maria Antonina	ME
3063	Calandrino Giuseppa	TP	3108	Castrogiovanni Gioacchina Amalia	AG
3064	Catania Rosalia	PA	3109	Chiarello Giuseppa	AG
3065	Craparo Giuseppe	TP	3110	Coppolino Laura	ME
3066	Croce Manuela	EN	3111	Corbo Daunia	PA
3067	Di Francesco Daniela	AG	3112	Cosentino Fernanda	CL
3068	Franchino Daniela	EN	3113	Costanza Giuseppe	TP
3069	Frisco Maria	AG	3114	D'Arrigo Marcella	CT
3070	Frisella Simona	PA	3115	Dimino Ivana	AG
3071	Mento Carmela	ME	3116	Falco Fabiola	PA
3072	Mongiovi Lucia	CT	3117	Ferrante Provvidenza	CT
3073	Pisciotta Rosalia	ME	3118	Flocca Francesco	PA
3074	Salvo Antonella Laura	TP	3119	Giacopino Rosalba	RG
3075	Scibilia Roberta	ME	3120	Giambalvo Lidia	AG
3076	Sireci Silvia	SR	3121	Giunta Silvana	CL
3077	Torrasi Stefania	PA	3122	Grasso Angela	PA
3078	Vinciguerra Rosaria	AG	3123	Lo Bue Lavinia	AG
3079	Amelotti Silvia	PA	3124	Lo Monaco Marilena	PA
3080	Amoroso Daniela	PA	3125	Magro Fabiola	AG
3081	Barone Donatello	PA	3126	Martinez Rodriguez Elena	PA
3082	Bonsignore Tiziana	ME	3127	Messina Alessandra	PA
3083	Giuffrida Giuseppina Ida Elena	ME	3128	Minneci Katia Rita Maria	CL
3084	Almanza Giuseppa Manuela	TP	3129	Nicosia Rosario Angelo Fabrizio	CT
3085	Bambina Giuseppina	TP	3130	Pandolfi Flavia	PA
3086	Barrovecchio Paola	PA	3131	Pintagro Manuela	ME
3087	Citarella Massimo	PA	3132	Purromuto Cinzia	RG
3088	Colombo Sabina	RG	3133	Raieli Alessandro	SR
3089	De Leo Marzia	CT	3134	Rubè Antonella	AG
3090	Di Maria Roberta	PA	3135	Spitale Nicoletta Maria	EN
3091	Fuschi Valentina	PA	3136	Vallone Mariolina	PA
3092	Gerardi Giuseppa Serena	TP	3137	Vilardo Angelina Gisella	CL
3093	Laricchia Maria Antonietta	TP	3138	Amoroso Eliana	TP
3094	Macaluso Stefania	PA	3139	Amoroso Manuela	PA
3095	Maggio Teresa	TP	3140	Anguzza Anna Rita	CT
3096	Militello Paola Sofia	PA	3141	Ardolino Lina	PA
3097	Monte Giovanna	RG	3142	Arena Loredana	EN
3098	Proietto Antonia	AG	3143	Aurelio Rosaria	PA
3099	Roccaro Sebastiana	SR	3144	Bagliesi Loredana	PA
3100	Scuderi Silvia	TP	3145	Bandiera Ileana	SR
3101	Baiamonte Alessandra	PA	3146	Barca Irene Lilla	ME
3102	Battiato Antonino Francesco	EN	3147	Benedetto Manuela	SR
3103	Bellini Silvana	CL	3148	Benigno Alessandra	PA
3104	Bellone Emanuela	PA	3149	Bonafede Laura	TP
3105	Bonfiglio Rossana	ME	3150	Bruno Carmela	CT
3106	Bonvissuto Rosaria	AG	3151	Burgio Mauro	PA

<i>n° Scheda</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Prov.</i>	<i>n° Scheda</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Prov.</i>
3152	Cammarata Floriana	PA	3209	Tavera Roberta	PA
3153	Cangemi Ambra	TP	3210	Tolone Antonio	PA
3154	Carollo Antonio	PA	3211	Varisco Licia	PA
3155	Caruso Gina	AG	3212	Vesco Paola	PA
3156	Casagrande Letteria	CT	3213	Viviano Maria Luisa	PA
3157	Cerniglia Massimo	PA	3214	Zito Rosalia	PA
3158	Chianese Rita	TP	3215	Ajello Gabriele	PA
3159	Cinà Gabriella Serena	PA	3216	Ajovalasit Daniela	PA
3160	Coco Concetta	CT	3217	Amato Loredana	PA
3161	Colomba Vita	TP	3218	Arato Diana	PA
3162	Conti Silvia	PA	3219	Barbagallo Antonella	CT
3163	Corsello Antonella	PA	3220	Blanda Giuseppina Angelica	PA
3164	Cortese Valentina	PA	3221	Blandino Sebastiana Liliana	SR
3165	Costanza Irene	AG	3222	Bonanno Alessandra Angela	CT
3166	Culotta Anna	PA	3223	Caracappa Oriella	PA
3167	Cunsolo Antonella	CT	3224	Carini Paola	TP
3168	D'Angelo Simona	PA	3225	Carrubba Carrubba	SR
3169	Fidenco Fabiola	PA	3226	Cassataro Alfredo	PA
3170	Gattuso Massimiliano	PA	3227	Chiavola Giovanna	RG
3171	Gianfortone Nicola	PA	3228	Cimino Sonia	PA
3172	Girelli Davide Nicola	PA	3229	Costanza Tiziana	PA
3173	Grasso Maria Catena	CT	3230	Cutino Floriana	CT
3174	Guagliardo Federica	CT	3231	D'Agostino Maria	ME
3175	Gugliotta Simona Corinna	ME	3232	Danese Loredana	TP
3176	Guida Nicola	TP	3233	Destro Simona	ME
3177	Guzzo Iana	PA	3234	Di Biasi Loredana	CT
3178	Lanterna Epifanio	PA	3235	Di Fiore Maria Grazia	PA
3179	Lo Cascio Lucia	PA	3236	Di Vita Giorgia	PA
3180	Longo Maria Concetta	ME	3237	Elia Ausilia	SR
3181	Maio Monica	ME	3238	Farina Maria Grazia	PA
3182	Mancuso Rosalba	PA	3239	Ferrara Alfonsina Santra	CL
3183	Mangiameli Roberta	CT	3240	Greco Salvatore	SR
3184	Martorana Lavinia	PA	3241	Intravaia Caterina	PA
3185	Mazzola Barbara	PA	3242	Lisciandrello Santa	PA
3186	Messana Maria Elena	CL	3243	Maione Annamaria	SR
3187	Mignosi Giovanni	PA	3244	Maiorana Grazia	CL
3188	Milicia Lucia	CT	3245	Mangano Elisa	PA
3189	Paolo Filippone Barbara	PA	3246	Mare Marianna	RG
3190	Patanè Rossella	CT	3247	Mazzone Giuliana	PA
3191	Petruso Rosalba	PA	3248	Mercadante Antonio Giovanni	TP
3192	Reitano Silvia	SR	3249	Milazzo Giovanna	PA
3193	Rigliaco Tatiana	CT	3250	Mulieddo Marzia	PA
3194	Rizzo Enrico	PA	3251	Neri Delia	PA
3195	Romanotto Eliana	PA	3252	Nicotra Giuseppe	AG
3196	Rondelli Carolina	AG	3253	Ninfa Concetta	PA
3197	Salvia Maria Tiziana	PA	3254	Pampinella Rosalia	PA
3198	Santamaria Ilenia	AG	3255	Pardo Antonella Domenica	EN
3199	Scalia Tiziana	CT	3256	Paternò Daniele	PA
3200	Scandura Tecla Maria Rita	PA	3257	Pellegrino Silvia	CL
3201	ScarpullaManuela Maria	CL	3258	Pierri Angela	PA
3202	Schillaci Francesca Maria	PA	3259	Piscitello Marinella	SR
3203	Schimmenti Daniela	PA	3260	Pitrè Magda	PA
3204	Sciacca Lavinia	PA	3261	Prisco Francesco	CL
3205	Sclafani Matteo	PA	3262	Russo Roberta	SR
3206	Sotgiù Paolina	RG	3263	Sacco Valentina	PA
3207	Tamburino Maria	CT	3264	Serina Francesco	PA
3208	Tassella Alessandro	PA	3265	Vaccalluzzo Ilaria	EN

<i>n° Scheda</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Prov.</i>	<i>n° Scheda</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Prov.</i>
3266	Varvaro Simonetta	PA	3304	Carrubba Melina	SR
3267	Vinci Maria	AG	3305	Giamportone Letizia	PA
3268	Andaloro Vincenzo	ME	3306	Minutoli Angela	ME
3269	Carrubba Angelica	EN	3307	Pallotta Maria Tiziana	PA
3270	Cortese Valentina	AG	3308	Romeo Maria	PA
3271	De Caro Agata	CT	3309	Sbona Maria Ivana	SR
3272	Fucarino Adalberto Vito	AG	3310	Spataro Antonietta	TP
3273	Gambino Angela Tiziana	AG	3311	Bozzolo Simona	TP
3274	Gangi Tiziana	PA	3312	Caldarella Alida	TP
3275	Giusto Rossella	TP	3313	Camastra Cinzia	PA
3276	Gulino Denise	RG	3314	Campo Palma	TP
3277	Ippoliti Enza Valeria	TP	3315	Capodicasa Maria Carmelina	AG
3278	Megna Antonina	PA	3316	Cicero Giuseppina	RG
3279	Orlando Francesca	ME	3317	Cincotta Emanuele	PA
3280	Paternò Paola	EN	3318	Cutugno Daniele	CT
3281	Pomilla Antonella	PA	3319	D'Angelo Manuela Marianna	CT
3282	Raimondo Carmelo Maria	ME	3320	Di Cara Giovanna	AG
3283	Russo Giuseppina	TP	3321	Di Vincenzo Fabrizio	ME
3284	Salamone Nadia	EN	3322	Ferrara Manuela	PA
3285	Scardino Francesca	EN	3323	Giacobbe Maria	ME
3286	Spina Gabriele	CT	3324	Guella Antonella	PA
3287	Spinelli Marzia	CT	3325	Latino Giuseppina	SR
3288	Zappalà Agata Loredana	CT	3326	Li Bassi Letizia Rita	AG
3289	Zichittella Francesca	TP	3327	Marino Maria Grazia	CL
3290	Bellomo Davide	PA	3328	Orofino Germana	PA
3291	Coppola Maria	PA	3329	Ossino Giuseppina	SR
3292	De Simone Antonina Daniela	TP	3330	Pace Patrizia	CT
3293	Di Maio Maria Teresa	PA	3331	Provenzano Rosalia	PA
3294	Di Stefano Giuseppina Simona	CT	3332	Raia Tiziana	PA
3295	Donato Flavia	PA	3333	Randazzo Caterina	PA
3296	Lo Porto Ornella	CL	3334	Sala Arturo	TP
3297	Mirabella Simona	RG	3335	Salamone Giovanna	PA
3298	Montagna Elena	AG	3336	Scarpulla Alessandra	PA
3299	Muscarello Floriana	PA	3337	Scira Barbara	CL
3300	Noto Maria	PA	3338	Stumpo Anna Cinzia	CT
3301	Paglino Danilo	TP	3339	Valenti Francesca	EN
3302	Agnone Marcella	PA	3340	Zito Ignazia	PA
3303	Asaro Adelaide	TP			

### ISCRITTI SEZ. "B" - 1) Dottore in tecniche psicologiche per i contesti sociali, organizzativi e del lavoro

<i>n° Scheda</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Prov.</i>	<i>n° Scheda</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Prov.</i>
Nessun iscritto -----					

### ISCRITTI SEZ. "B" - 2) Dottore in tecniche psicologiche per i servizi alla persona e alla comunità

<i>n° Scheda</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Prov.</i>	<i>n° Scheda</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Prov.</i>
1	Scuderi Rosario	CT	6	Tavella Florinda	EN
2	Campisi Claudia	PA	7	Nicolosi Maria Angela	EN
3	Coppolino Paola	CT			
4	Costa Lara Claudia Simona Maria	CT			
5	Di Paola Maria Rita	CT			

### In ricordo di Ivana Fascianella

Ai piedi dell'Altare Maggiore della Chiesa Madrice di S.Cataldo (CL), circondato da migliaia di fiori bianchi, è deposto, un Feretro... e una folla immensa si accalca in un silenzio surreale, rotto da gemiti squassanti... .

Così abbiamo elevato a Dio l'intima preghiera per Ivana Fascianella, la giovane Collega che ha lasciato questo mondo, appena un mese fa, dopo sofferenze indicibili.

Sofferenze e tormenti accolti e sopportati con lucida e paziente rassegnazione sorretta dalla Fede in Dio.

Ha lottato... Ivana. Ha lottato fino all'ultimo.

Pur nel dolore, ricoverata più volte, mi telefonava dal Suo lettino dicendomi: "Mi dispiace di non essere presente... mi mancano le cose che facciamo: i progetti, gli incontri, le nostre conversazioni!"

Una personalità vivace indomita determinata, e una capacità culturale e la buona volontà non comuni.

Così ho imparato a conoscerla e ad amarla.

E andando via, la nostra Ivana, abbiamo, forse per un solo momento, smarrito un po' di noi stessi... .

Addio, Ivana!

Ti ricorderemo sempre... e non solo a parole.

Sempre... Cara piccola dolce grande Ivana. E un pensiero commosso anche ai Tuoi familiari.

Adesso, Vi prego di un minuto di raccoglimento. Grazie.

*Antonio Iacono*

### In ricordo di Lina Ruta

In questa estate 2005 è venuta a mancare la collega Carmela RUTA (Lina), spentasi all'età di cinquanta anni dopo una lunga malattia. In questa società così soggetta ai mutamenti immediati, anche nelle nostre realtà locali, il rimanere protagonisti è fatto anche esso soggetto a cambiamenti per cui lo scorrere anche di pochi anni fa "dimenticare" i ruoli che le persone hanno avuto. Questo, forse, è successo anche per Lina che la malattia da circa cinque anni ha allontanato dalle attività comunitarie di categoria ma che i più anziani di noi ancora ricordano per il ruolo fondamentale che, in un momento storico abbastanza lungo relativamente ai tempi della nostra ancor giovane categoria, Ella ha avuto. Lina è stata una delle prime laureate in Psicologia della provincia di Siracusa (con il massimo dei voti e la lode) già brillante da giovane studentessa. È stata un elemento trainante degli Psicologi della ex U.S.L. n. 25 di Noto. Segretario aziendale del sindacato degli Psicologi AUPI al suo periodo di reggenza si deve l'aver fatto uscire gli psicologi di quella USL dal ghetto nel quale erano stati posti per assurgere ad essere un piccolo gruppo sindacale particolarmente agguerrito e rispettato. L'iniziativa, da ella proposta, costruita e sostenuta in sede assessoriale, sull'istituzione del coordinamento intersettoriale degli psicologi, ottenuta con formale atto deliberativo dell'allora USL n. 25 di Noto nel 1991, dopo un durissimo confronto con altre professionalità sanitarie e le opposizioni amministrative, anche in sede regionale, fa parte della storia della nostra categoria all'interno della sanità siciliana; quell'atto deliberativo e quella battaglia furono i precursori di ciò che poi sarà il Servizio di Psicologia nel 1999. A rileggere oggi gli atti amministrativi che portarono la USL n. 25 di Noto alla forma organizzativa del coordinamento unico interset-

toriale degli psicologi, atti curati e redatti da Lina, ci si accorge come in quell'unica formulazione vi era già tutto il percorso che poi farà il Servizio di Psicologia, nelle sue varie redazioni amministrative, sino alla normativa attuale nota come circ. 932 nel 2001. Alla fine degli anni 90 la collega Lina Ruta venne eletta nel Direttivo Naz.le del Sindacato Psicologi. L'organismo nazionale non poté avere a lungo il suo contributo poiché, subito dopo, ella fu colpita dal male che, oggi, ha portato il decesso.

Il contributo alle organizzazioni degli psicologi non mette in secondo piano l'aspetto tecnico professionale di Lina. Psicoterapeuta per formazione quadriennale, quando questa intensità formativa non era prevista fu, negli anni 80, anche tra i pochi colleghi, della sua leva di età, che apportarono nel Servizio Sanitario una capacità ed uno studio appropriato nell'uso di strumenti psicodiagnostici testologici, strumenti che fossero in grado di dare risposte valide alla domanda di trattamento nei servizi di salute mentale. Capacità e formazione, di Lina, che costituisce ancora il bagaglio di alcuni colleghi della provincia di Siracusa.

Non ostante questo suo grande livello tecnico, facilmente sfruttabile all'interno della ASL, la collega Ruta aveva, anzitempo compreso, che nell'ambito del servizio sanitario pubblico l'aspetto clinico e psicoterapeutico, che di fatto racchiude quasi la totalità del lavoro degli psicologi ASL, non potesse essere l'unico spazio professionale e che le potenzialità degli psicologi fossero ben altre. Lina fu così la prima leva di responsabili degli Uffici di Educazione alla Salute quando la maggioranza delle USL erano sprovviste di questa struttura. I progetti di educazione alla Salute svolti nella USL di Noto, da lei formulati e condotti, a distanza di dieci anni, sono ancora ricordati nelle scuole pubbliche, l'ultimo suo progetto di ampio respiro, nella già ASL n. 8, ricevette anche il plauso dell'Assessorato Regionale essendo menzionato in note ufficiali. Gli ultimi cinque anni sono stati vissuti nell'ombra, la sua assenza già da allora, nella nostra provincia, è pesata.

Nel 1991 eravamo concorrenti al concorso per il grado di 10° livello nella ASL. Teoricamente, essendo i posti a disposizione di parecchio inferiori ai candidati, avremmo dovuto essere l'un contro l'altro armati. Invece studiammo insieme, a casa mia, e Lina si rilassava aiutando mia moglie a farci caffè e spuntini. La sorte poi volle che vincemmo entrambi il concorso ed ai primi posti. Di quel periodo di studio ciò che resta è la grande etica della persona e le tante cose che ho appreso grazie alla sua vivace cultura psicologica. Ultimamente la sentivo per telefono una volta tanto; dovevo sempre essere io a telefonare, lei non disturbava nessuno, ...ogni volta sentivo la sua voce che si spegneva sempre di più.

*Alfonso Nicita*

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

## **Composizione del Consiglio e delle Commissioni**

Fulvio Giardina - Presidente  
Antonio Sperandeo - Vicepresidente  
Amedeo Claudio Casiglia - Consigliere Segretario  
Sergio Amico - Consigliere Tesoriere  
Sebastiano Ciavirella - Consigliere  
Maurizio Cuffaro - Consigliere  
Maria Gabriella D'Angelo - Consigliere  
Rosita Gangemi - Consigliere  
Antonella La Commare - Consigliere  
Giuseppe La Face - Consigliere  
Michele Lipani - Consigliere  
Gina Merlo - Consigliere  
Barbara Notarbartolo - Consigliere  
Roberto Pagano - Consigliere  
Maria Quattropani - Consigliere

### **Commissione: "Promozione della cultura psicologica e sviluppo della professione"**

Maurizio Cuffaro (Coordinatore) - Amedeo Claudio Casiglia  
Michele Lipani - Maria Quattropani

### **Commissione: "Produzione servizi"**

Antonio Sperandeo (Coordinatore) - Amedeo Claudio Casiglia  
Maurizio Cuffaro - Giuseppe La Face - Gina Merlo

### **Commissione: "Comunicazione"**

Maria Gabriella D'Angelo (Coordinatore) - Sergio Amico  
Sebastiano Ciavirella - Maurizio Cuffaro - Roberto Pagano

### **Commissione: "Tutela della professione e deontologia"**

Sebastiano Ciavirella (Coordinatore) - Sergio Amico  
Gina Merlo - Roberto Pagano

### **Commissione: "Acquisti e contratti"**

Sergio Amico (Coordinatore) - Amedeo Claudio Casiglia  
Sebastiano Ciavirella - Roberto Pagano

# Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

**La Segreteria** è attiva presso la sede dell'Ordine che si trova in: via Salvatore Marchesi, 5 - 90144 Palermo

**Orario di ricevimento in 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)

Web site: [www.oprs.it](http://www.oprs.it)

E-mail: [sede@oprs.it](mailto:sede@oprs.it)

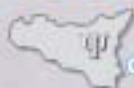
Il Presidente, il Vicepresidente e il Segretario ricevono in sede gli iscritti previo appuntamento tramite la segreteria.

**Tramite la segreteria è possibile:**

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

Psicologi & Psicologia  
in Sicilia

**Psicologi & Psicologia**  
in Sicilia



Giornale dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia