

LA PROFESSIONALIZZAZIONE DELLO PSICOLOGO DELLA SALUTE NELL'AREA DELLA CRONICITÀ – UNA ESPLORAZIONE DEI CONTESTI NELL'ESPERIENZA DEL TIROCINIO NEI CDL IN PSICOLOGIA

Premessa

La cronicità rappresenta nell'ultimo decennio un tema su cui politiche, servizi, saperi si sono interrogati, sebbene nella modernità, grazie alla centralità che assume il soggetto e il concetto di salute, viene sostenuta una visione esistenziale della vita secondo la quale la cronicità è qualcosa di inscritto in ogni essere umano, ad oggi sembra prevalere una rappresentazione della cronicità in termini di patologia medica non guaribile.

L'OMS infatti parla di cronicità in termini di patologie non trasmissibili da una persona all'altra che presentano le caratteristiche di lunga durata e generalmente una lenta progressione; mentre l'EHIS significa le malattie croniche in termini di patologie di lunga durata oppure a quei problemi di salute che durano o che si prevede che durino per almeno sei mesi.

La cronicità risulta essere una condizione che connota ognuno di noi nel corso della vita, generando una continua ricerca di autonomia (Guerra, 2003). Le nuove fragilità, i bisogni, le tensioni a livello soggettivo, organizzativo e di comunità ma anche la ricerca di benessere che l'individuo sperimenta in una condizione cronica non possono non convocare quei saperi propri della psicologia e in particolare della psicologia della salute. Il posizionamento del soggetto all'interno delle pratiche discorsive, negli scambi con altri e con il contesto in cui è inserito, genera un movimento identitario forte, definendo non solo i discorsi, i saperi, ma anche le possibilità di azione e di pensiero (Harrè, Moghaddam, 2003).

Le nuove fragilità, i bisogni, le tensioni a livello soggettivo, organizzativo e di comunità ma anche la ricerca di benessere che l'individuo sperimenta in una condizione cronica non possono non convocare quei saperi propri della psicologia e in particolare della psicologia della salute.

Nel presente capitolo verrà affrontato il tema del posizionamento dello psicologo nell'area della cronicità a partire dall'esperienza di esplorazione del territorio di Bergamo realizzata durante le due annualità di tirocinio 2017/2018 e 2018/2019 dei corsi di laurea in Scienze Psicologiche e Psicologia Clinica. Partendo dall'analisi dei contesti e dei saperi verranno poi delineate le prospettive di professionalizzazione dello psicologo della salute proprie dell'area della cronicità.

L'oggetto che ha caratterizzato la prospettiva dei tirocini è stata quella di un approccio alla cronicità entro un paradigma salutogenico, in cui l'intervento con il singolo non può essere scisso da quello con i sistemi organizzativi, istituzionali e di comunità. Ciò significa

sapersi muovere in una continua ricerca e interrogazione del sapere pratico, generato solo in parte della teoria ma molto di più dall'incontro con l'alterità, dove le tecniche vengono usate ma non come strumenti di potere, di assoggettamento ma come strumenti facilitanti per sostenere e promuovere il benessere del singolo, delle istituzioni, della comunità. Le nuove domande, le nuove tensioni convocate sembrano interrogare lo psicologo della salute rispetto ai propri saperi, ai propri confini, generando un movimento di messa in discussione delle metodologie, delle prassi abituali. Lo psicologo si trova così a costruire la propria professione entro setting più labili, come presenza diffusa che incontra contesti e territori complessi. La sfida è più che mai urgente.

Obiettivi

Il presente lavoro di analisi si pone come obiettivo generale quello di riflettere sul tema della professionalizzazione dello Psicologo della salute nell'area della cronicità dal punto di vista dei saperi, delle competenze e del ruolo della formazione universitaria.

In particolare, gli obiettivi specifici risultano essere:

- esplorare come il tema della cronicità si espliciti e venga affrontato all'interno dei servizi e dei progetti territoriali e qual è il ruolo della psicologia della salute in questo nuovo panorama di bisogni e fragilità ma anche di potenzialità e risorse, delineando anche delle linee di azione concrete future;
- riflettere sul percorso di tirocinio come modalità esplorativa ma anche sovversiva dei contesti professionali entro i quali la psicologia è chiamata ad interrogarsi dal punto di vista degli oggetti, degli strumenti e metodologie di intervento entro un processo di ri-territorializzazione dei saperi e delle pratiche;
- Interrogare il ruolo dell'Università sulla formazione dello psicologo come professionista alla luce delle nuove domande di salute portate dai territori.

Oggetto di analisi

L'oggetto di analisi del presente elaborato saranno i report sull'esperienza di tirocinio degli studenti della laurea triennale di Scienze Psicologiche e magistrale di Psicologia Clinica dell'Università degli studi di Bergamo degli anni accademici 2017/2018 e 2018/2019 e degli elaborati degli studenti del corso di Psicologia della salute e inclusione sociale (a.a. 2019/2020).

L'esperienza di tirocinio nei due anni accademici si è strutturata in tre fasi:

Fase Universitaria: dedicata all'approfondimento della cornice teorica, epistemologica, metodologica alla base della professionalizzazione dello psicologo.

Fase esplorativa negli enti: dedicata all'osservazione delle pratiche professionali e alla riflessione sul positioning professionale, sui repertori metodologici e simbolici, sulle posizioni organizzative e interprofessionali, sulle rappresentazioni della professione e delle competenze personali, culturali e professionali che caratterizzano la figura dello psicologo nelle organizzazioni complesse.

Lavoro individuale e in piccoli gruppi: dedicata alla rielaborazione critica dell'esperienza⁷.

Metodologia

Gli elaborati degli studenti realizzati negli anni accademici 2017/2018 e 2018/2019 sull'esperienza professionalizzante del tirocinio offerta dell'Università di Bergamo verranno analizzati attraverso un'analisi tematica che abbraccerà le seguenti dimensioni:

1. Cornice teorica rispetto al tema della cronicità e salute
2. L'esplorazione dei contesti: quali cronicità vengono incontrate nei contesti professionali, quali servizi, quali progetti ed entro quali metodologie di intervento
3. La professionalizzazione dello psicologo: quale posizionamento assume lo psicologo della salute in questo processo di trasformazione in atto dei servizi, delle domande, dei bisogni che riguardano nuove fragilità, quali linee di azione è possibile definire

Analisi

La cronicità come fenomeno complesso

La cronicità oggi rappresenta il punto di riferimento del dibattito della riorganizzazione dei servizi sanitari e socioassistenziali non solo all'interno del panorama nazionale ma anche internazionale, ne sono testimoni i diversi documenti, linee guida, Libri Bianchi che dall'Organizzazione Mondiale della Sanità fino ad arrivare alle normative regionali che si stanno producendo e diffondendo negli ultimi anni.

La cronicità viene spesso associata e limitata alle patologie croniche epidemiologicamente identificabili nel panorama internazionale. In realtà, nel momento in cui ci si assume una prospettiva eco-sistemica tale definizione appare limitata. La cronicità in questo senso sembra poter rappresentare anche tutte quelle situazioni di fragilità che si manifestano attraverso fenomenologie differenti, entro contesti e percorsi di vita delle persone. Queste condizioni sembrano da un lato di lungo periodo e di difficile risoluzione e dall'altro in quanto complesse, coinvolgono, contemporaneamente, assetti personali, interpersonali, sociali e organizzativi, che ne influenzano la fisionomia.

La cronicità non è imputabile a ciò che accade dentro il soggetto o dentro una relazione di coppia, ma si configura come una relazione complessa tra il soggetto e le proprie traiettorie di sviluppo, evolutive e le dimensioni sistemiche con cui ha a che fare, compresi gli aspetti assistenziali talvolta iatrogeni (cronicizzanti).

Talvolta accade infatti che le situazioni di fragilità vengano aggravate da dispositivi di cura organizzati a canne d'organo, basati su modalità di fronteggiamento che non sempre riescono a cogliere le intersezioni, le interfacce e la complessità di queste condizioni.

Ma di quale cronicità stiamo parlando? Non siamo tutti un po' cronici? Cronici in che senso e rispetto a cosa?

⁷ Vademecum sul tirocinio in Scienze Psicologiche e Psicologia Clinica dell'Università degli studi di Bergamo. Fonte: <https://www.unibg.it/studia-noi/frequentare/tirocinio/tirocini-dipartimento/scienze-psicologiche-e-psicologia>

Alla base del comportamento umano vi sono tutta una serie di comportamenti e azioni che connotano la vita di un soggetto in modo sistematico e indispensabile, dal dormire, al mangiare e questa cronicità viene definita ripetitività. Contemporaneamente la persona non rimane ferma e limitata a questa dimensione di ripetitività ma si confronta con una traiettoria di sviluppo, di crescita, che in alcune situazioni e circostanze si può arrestare. Il soggetto quindi di per sé si definisce in termini di autonomia, ossia risponde a norme di funzionamento; un soggetto autonomo infatti, è un soggetto auto-organizzato le cui relazioni e interazioni che definiscono il sistema come un tutt'uno sono determinate solamente dal sistema stesso (Guerra, 2003). Questa intrinseca caratteristica viene persa soltanto nel momento in cui muore: l'autonomia non può essere incrementata o ridotta, essa "semplicemente" si trasforma attraverso la riconfigurazione del rapporto tra individuo e ambiente in risposta ad eventi.

Guerra (2003) sottolinea inoltre la distinzione tra autonomia e indipendenza: tutti i soggetti sono sempre autonomi e sempre dipendenti da qualcosa (per esempio il neonato è un soggetto totalmente autonomo quanto dipendente dalla madre) e queste dipendenze sono diverse.

La condizione di dipendenza è una variabile ineliminabile della vita quotidiana, ma essere o diventare dipendenti non significa necessariamente perdere la propria autonomia. Scindere i concetti di indipendenza e di autonomia è indispensabile per poter assumere un posizionamento consono e aderente alle condizioni che si presentano in casi particolari (si pensi ad esempio alla disabilità).

Il contrario di autonomia infatti non è dipendenza, ma bensì *eteronomia* (Guerra, 2006), una nozione secondo cui un soggetto/organismo è determinato da fattori interni, come il genoma e da fattori esterni, come l'ambiente entro in quale vive. L'autonomia vede invece questi fattori non più come elementi che determinano la vita del sistema, ma come dei vincoli all'interno dei quali il sistema si sviluppa secondo le sue potenzialità auto-organizzative. Da questo punto di vista, ogni vincolo (fisico, biologico, psicologico) costituisce anche una possibilità per lo sviluppo, per l'evoluzione del sistema stesso (Guerra, 2003).

Alla base del soggetto quindi vi sono delle norme di funzionamento biologiche e psicologiche che rimandano al modo attraverso il quale il soggetto interagisce con il mondo e costruisce la propria esperienza di vita. A partire dal concetto di norma è possibile quindi definire una rappresentazione diversa del "normale", secondo Canguilhem (1998) e Guerra (2006) infatti normale è colui che è in grado di assumere più norme di vita e non ha alcun senso contrapporlo al "patologico", in quanto quest'ultimo non è da intendersi come a-normale (privo di norma) ma come connotato da norme più ristrette e rigide.

Se la cronicità può essere intesa come cornice entro la quale leggere le condizioni complesse di fragilità allora occorre riflettere su come variabili di natura politica, economica e sociale (indebitamento delle famiglie, vulnerabilità lavorative, ecc.) e su alcuni fattori di s-coesione sociale (*turnover* della popolazione, crescita della popolazione, aumento degli stranieri, accrescimento delle famiglie monopersonali,

separazioni e divorzi, aumento dei grandi anziani) sfidino le vite delle persone nella loro quotidianità (Mazzoli, 2016).

Oggi si assiste ad un impoverimento del tessuto sociale:

Attualmente le persone vivono una difficoltà a costruire i legami e, quindi, le fragilità e le criticità non riescono più a trovare collocazione in una rete sociale, in contesti di condivisione, accanto alle persone: chi si trova in una condizione di bisogno, molto spesso, è chiuso in una situazione di solitudine. Essendo venuto meno questo tessuto sociale e, contemporaneamente, essendo insorti molti problemi (anche di natura economica), nel nostro contesto è venuta meno quella rete naturale di sostegno costituita dalle persone e dalle famiglie che stavano mediamente bene e che, quindi, avevano tempo e risorse da dedicare agli altri. Ci troviamo dunque a dover fronteggiare non solo un impoverimento, un'evaporazione delle relazioni (familiari e di vicinato) e un senso di solitudine/individualismo (perché le persone fanno fatica a trovare legami), ma anche una criticità all'interno del tessuto sociale (soprattutto a carico di quelle persone che prima erano coloro che costruivano naturalmente delle reti sociali).

In passato, il tessuto relazionale più stretto e orizzontale permetteva l'emergere di quegli ammortizzatori sociali, indispensabili nelle situazioni di fragilità, senza doversi necessariamente recare da un professionista; oggi al contrario le domande poste ai servizi riguardano non solo il sostegno individuale ma anche la *ricostruzione di luoghi e di reti che possano aiutare le persone a far fronte alle criticità che incontrano e, soprattutto, a ricreare attorno a sé dei legami significativi per fronteggiare questa solitudine*, superando quel sentimento di solitudine e di vergogna che spesso connota le richieste di aiuto.

L'impoverimento del tessuto sociale risulta essere anche un fattore legato al tema della devianza, ma non solo. Come sottolinea De Leo (2003) il limite dei primi approcci alla devianza è l'attenzione solo al contesto sociale che determinava le condizioni di vita e di socializzazione ma anche le forme di intervento a discapito della soggettività, l'individuo era infatti rappresentato come vittima del contesto entro il quale si trovava a vivere e che determinava la sua condotta. Solo a partire dagli anni Ottanta si è assistito ad un cambio di paradigma che ha consentito la definizione dei *sistemi di mediazione autoregolativa* del comportamento deviante, questi si differenziano in:

A. Individuale:

- i) *Le ragioni e le regole che i soggetti si danno e che vengono seguite anche quando si agisce in senso deviante;*
- ii) *Le intenzioni e le mete, i significati che direzionano e indirizzano i comportamenti intesi come agire "autoattivo";*
- iii) *Le convinzioni sociocognitive proprie dei soggetti considerati, che come ci sottolinea Bandura in numerosi studi (1986, 1995, 1997, 1999), possono implementare il senso di autoefficacia personale e rappresentare un potente incentivo per l'azione deviante stessa. Il tutto in un clima di forte nutrimento di strategie di disimpegno morale, a detrimento del senso di responsabilità e di empatia.*
- iv) *La prosocialità, presente in forme di autoregolazione psicosociale che la letteratura identifica come competenze cognitive, relazionali, emotive,*

comunicative e sociali, e il cosiddetto coping, l'insieme di capacità protettive, proattive e reattive nel fronteggiare una determinata situazione.

B. Famigliare: la famiglia rappresenta un sistema autoregolativo che inevitabilmente condiziona e modifica a cascata i singoli meccanismi autoregolativi dei membri che ne sono componenti. Da una parte rappresenta un sistema di autoregolazione funzionale. Al suo interno possono realizzarsi contesti problematici o multiproblematici, che possono generare fattori di facilitazione dell'azione deviante quali il disagio, il malessere e la sofferenza; dall'altra rappresenta “ambiente” sistemico culturale e biografico privilegiato che vincola, regola, organizza e contestualizza le autoregolazioni degli individui” (De Leo, 2003). De Leo si riferisce al soggetto deviante come un soggetto designato, che assume la forma di un capro espiatorio, funzionale ad assorbire le tensioni ed i conflitti percepiti come minacciosi dall'intera famiglia.

C. Gruppo dei pari: ossia quell'insieme dinamico con capacità di autoregolazione interna, definito da norme, culture e subculture.

De Leo propone inoltre una concezione della devianza come *azione comunicativa*, composta da una componente strumentale e da una componente espressivo-affettiva legata a personali bisogni di identità, di relazione, e ai personali significati dell'individuo. Da sottolineare come non si parla più di comportamento deviante ma di azione deviante, l'azione è un agito di cui si considerano le motivazioni e i significati interni che lo sostanziano in maniera più strutturale; il comportamento è solamente una analisi dell'agito scervo dalla porzione subsostanziale che è tuttavia psicologicamente inscindibile da essa.

Questo cambio di paradigma rispetto al concetto di devianza e dell'agito deviante appare collegarsi e ricongiungersi con il concetto di autonomia citato in precedente, laddove l'individuo può trovarsi ad agire entro norme più rigide.

Come la devianza si riconnette al tema della cronicità? Come far sì che una condotta deviante non rappresenti una condizione di fragilità cronica?

Questi sono alcuni dei quesiti che si sono stati posti entro una prospettiva di cronicità più allargata.

Cronicità e riorganizzazione dei servizi

La cronicità oggi è il punto di riferimento nel dibattito della sanità in Lombardia, è ciò su cui si sta scommettendo per avere la possibilità di riformulare gli assetti organizzativi che impegnano e richiedono due elementi di fondo: la ricentatura/ricalibrazione dei servizi attorno alle traiettorie soggettive e la possibilità di intercettare, all'interno dei dispositivi di servizio, una solida rappresentazione dei dispositivi di rete. Ciò implica il superamento del modello prestazionale a canne d'organo oggi dominante, per affrontare una collocazione trasversale e multi-professionale in grado di rovesciare anche i criteri e le modalità della presa in carico.

A partire dalla riformulazione nel DPCM 12/01/2017 dei LEA, ossia “*le attività, servizi e prestazioni che il Sistema Sanitario Nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge. [...] I LEA sono, quindi, le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)*” (Documento CNOP 2017, p. 5)

I LEA rappresentano i livelli essenziali (non i livelli minimi) e sono considerati quindi così importanti da non poter essere negati, con l'imperativo alla modifica in relazione alle nuove esigenze della società e alle produzioni scientifiche e tecnologiche. I criteri con i quali sono stati formulati i LEA sono:

- Necessità assistenziali;
- Efficacia ed appropriatezza (una prestazione appropriata è erogata in considerazione della situazione, delle indicazioni cliniche e del rapporto benefici-rischi);
- Economicità.

Sintetizzando, i grandi livelli di assistenza su cui si basano le macro-aree di questo decreto:

1. *Prevenzione e la sanità pubblica*. Il principio fondamentale intorno a cui ruotano i capitoli di questa parte è quello di *evitare l'insorgenza di malattie e migliorare la condizione di vita della popolazione*.

2. *Assistenza distrettuale*, all'interno della quale fanno parte tutte le attività dei servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio. Sono altresì inserite anche le prestazioni *domiciliari, ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali*.

3. *Assistenza ospedaliera*. In quest'area sono incluse le prestazioni erogate dagli *ospedali*, sia di ricovero ordinario sia in *day-hospital*, ma anche di *ospedalizzazione domiciliare*, che è uno dei luoghi di cura ospedalieri in maggiore espansione. Tutto questo, in un'ottica di integrazione ospedale-territorio, che nonostante sia un concetto dalle grandi potenzialità, si traduce in un lavoro che resta spesso avulso e separato.

4. Infine, due livelli in rapporto tra loro, il capitolo sull'*assistenza sociosanitaria*, poiché in questo decreto e in questa parte specifica viene messa maggiormente in risalto l'integrazione fra la parte sociale e la parte sanitaria e un altro capitolo che invece si concentra sull'*assistenza specifica ad alcune categorie*. Per quanto riguarda gli psicologi, nel decreto è sottolineato che le regioni potranno garantire servizi e prestazioni ulteriori presenti ed incluse in LEA utilizzando risorse proprie. Quindi viene dato uno spazio alle regioni per identificare delle prestazioni LEA, anche per quanto riguarda una eventuale opportunità additiva.

Da sottolineare come le prestazioni psicologiche sono sempre state considerate come prestazioni di psichiatria. Recentemente è comparsa la parola *psicoterapia* in alcune delle prestazioni segnalate dal nomenclatore. Il passo successivo sarà quello di raggiungere lo statuto di branca completamente autonoma, con dei codici unici riconosciuti da tutti i nomenclatori. Questo passo risulta ancora più importante poiché è stata sancita dal detto decreto la Commissione di Monitoraggio: essa ha il compito di monitorare l'attuazione del nuovo decreto; individuare casi di *mancata, ritardata o non corretta* applicazione del suddetto decreto da parte degli enti del SSN. Ciò ha una grande importanza e la comunità degli psicologi deve porre estrema cura e attenzione rispetto al monitoraggio dei LEA psicologici. La formulazione dei nuovi LEA in area psicologica rimanda inoltre alla necessità di prevedere modelli organizzativi in un'ottica di interconnessione e integrazione tra discipline e saperi.

L'altro caposaldo nella riorganizzazione dei servizi più volte esplorato nell'esperienza di tirocinio è la legge regionale 23 del 2015 che ha visto la riconfigurazione a livello regionale dei servizi sanitari e sociosanitari fino ad ora presenti.

La L.R. 23 del 2015 Art.1 afferma che:

“1. Il sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato sistema sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali.

2. La presente legge disciplina, [...] il servizio sanitario e sociosanitario regionale (SSR), costituito dall'insieme di funzioni, servizi, attività e professionisti che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria a carico della Regione.

3. La presente legge favorisce, inoltre, per quanto di competenza e nell'ambito del SSL, l'integrazione del SSR con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.”

Con la legge di riordino del Sistema Sanitario e sociosanitario lombardo si vede l'istituzione di Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST). In precedenza, era prevista un'unica azienda sanitaria locale (ASL) a valenza provinciale, e una o più aziende ospedaliere collocate in zone limitrofe al capoluogo provinciale. Tale legge invece aggrega ospedali e servizi delle ASL, mantenendo come base territoriale quella dei poli ospedalieri. Le ASST acquisiscono dei compiti di tipo erogativo; l'ottica fondamentale, in armonia con l'impostazione nazionale, è quella di promuovere una prospettiva di integrazione delle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie.

È in questa riorganizzazione che emerge in modo vistoso il cambiamento introdotto dalla LR n. 23/2015: le componenti sanitarie e sociosanitarie d'ora in avanti saranno regolate dal testo unico delle leggi sanitarie lombarde (LR n. 33/2009), mentre i servizi sociali saranno regolati dalla LR n. 3/2008 anch'essa modificata dalla riforma del 2015.

Il “modello lombardo” è quindi costituito da tre reti: sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Le prime due afferiscono alla Regione e alle sue sottoarticolazioni (ATS e ASST); l'ultima è in capo ai Comuni singoli o associati nelle forme amministrative da essi autonomamente deliberate.

In modo particolare le ASST si organizzano in un servizio ospedaliero nella rete territoriale che prevede i POT, ovvero presidi ospedalieri territoriali, di piccole dimensioni inseriti nel regime delle cure primarie; i PRESST, cioè i presidi territoriali sociosanitari di presa in carico, che sostituiscono gli ambulatori distrettuali; Le AFT e le UCCP, ovvero sia le unità di offerta dei medici di medicina generale. Per quanto concerne la parte di governance della sanità, essa non viene più gestita da un'azienda, bensì da un'agenzia: la differenza consiste nel fatto che mentre la prima agisce entro una logica organizzativa aziendale, la seconda agisce per conto di un altro (in questo caso della regione), rispondendo così al consiglio regionale delle proprie azioni. Questa agenzia prende il nome di ATS (Agenzia Territoriale per la Salute).

Il caposaldo fondamentale individuabile all'interno del dgr 23/2015 è il diritto alla salute, mediante la tutela del benessere in tutte le sue componenti individuali, familiari e sociali. Non è più quindi la patologia ad essere al centro, ma la persona e le sue relazioni

sociali. Tutto ciò, a livello strutturale e organizzativo, si traduce nel passaggio da una struttura verticale, gerarchica, piramidale ad una configurazione più orizzontale.

Il diritto alla salute è il privilegio di esercitare le risorse e le capacità al fine di migliorarla, includendo all'interno di tale privilegio, anche il diritto alla cura, non solo in senso sanitario, ma anche in senso antropologico. Si lavora con la garanzia di avere a disposizione il diritto alla salute che tenga conto di adeguati percorsi di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione. La salute è qui intesa come benessere, non in un'ottica individualista, ma in un'accezione che tiene conto della totalità dei contesti dell'individuo.

La regione Lombardia inizia così a delineare un campo più ampio di presa in carico dei processi di salute. Sembra quindi operazionalizzato il passaggio da un modello prevalentemente bio-medico ad un modello *biopsicosociale*, il quale orienta la presa in carico a partire da una rappresentazione multidimensionale della salute. Anche se questo modello, se da una parte rappresenta un passaggio imprescindibile per considerare le dimensioni di salute nella presa in carico, dall'altra non si emancipa pienamente dal biomedico, ma aggiunge delle connotazioni psicosociali a una centratura sul modello della malattia.

Oltre al modello biopsicosociale occorre quindi valorizzare le dimensioni positive della salute e si sta cercando di riflettere, anche in Italia, su una visione positiva e dinamica dell'approccio alla salute, che soppianti il modello centrato sulla malattia, quest'ultimo fortemente radicato non solo nella medicina, ma anche in molti altri contesti. Le risorse di emancipazione non derivano dal fatto che si sopperisca ad una mancanza, ma derivano dal perfezionamento della capacità autonoma di valorizzare le proprie risorse di salute, ovvero non c'è nessuna possibilità di guarire "colmando un deficit", poiché la guarigione non è mai la ricostruzione di un'identità perduta, ma è piuttosto la costruzione di un nuovo processo di adattamento.

Un ulteriore punto fondamentale è l'equità dell'accesso ai servizi, dando priorità alla gravità in caso di mancata disponibilità. Il percorso di cura non è definibile solo dall'insieme degli episodi di cura; quest'ultima infatti viene definita in termini di *incontro sociale* entro il quale entrano in gioco le dimensioni psicologiche che accompagnano l'individuo nel suo percorso di salute.

Se il percorso di cura assume le connotazioni di incontro sociale, allora la presa in carico deve potersi collocare in termini di continuità entro la traiettoria di sviluppo e di vita del soggetto, attraverso modalità di valutazione del bisogno che siano il più possibili multidimensionali.

Per chiarire meglio il percorso che ha fatto nascere questa normativa è importante prendere in considerazione il modo in cui è nata. Infatti, essa nasce dopo un periodo in cui la regione intende stendere un libro bianco sulla presa in carico del paziente cronico: in altre parole, in un periodo precedente la Regione domanda a tutti gli stakeholder di ogni livello di trasmettere ogni tipo di suggerimento eventuale e di trascriverlo all'interno del libro bianco. In questo modo si dà la possibilità di scrivere un testo a partire dal quale verrà poi istituita la normativa.

Una volta composto il libro bianco, esso risulta caratterizzato da un tema centrale: la cronicità dal punto di vista della presa in carico.

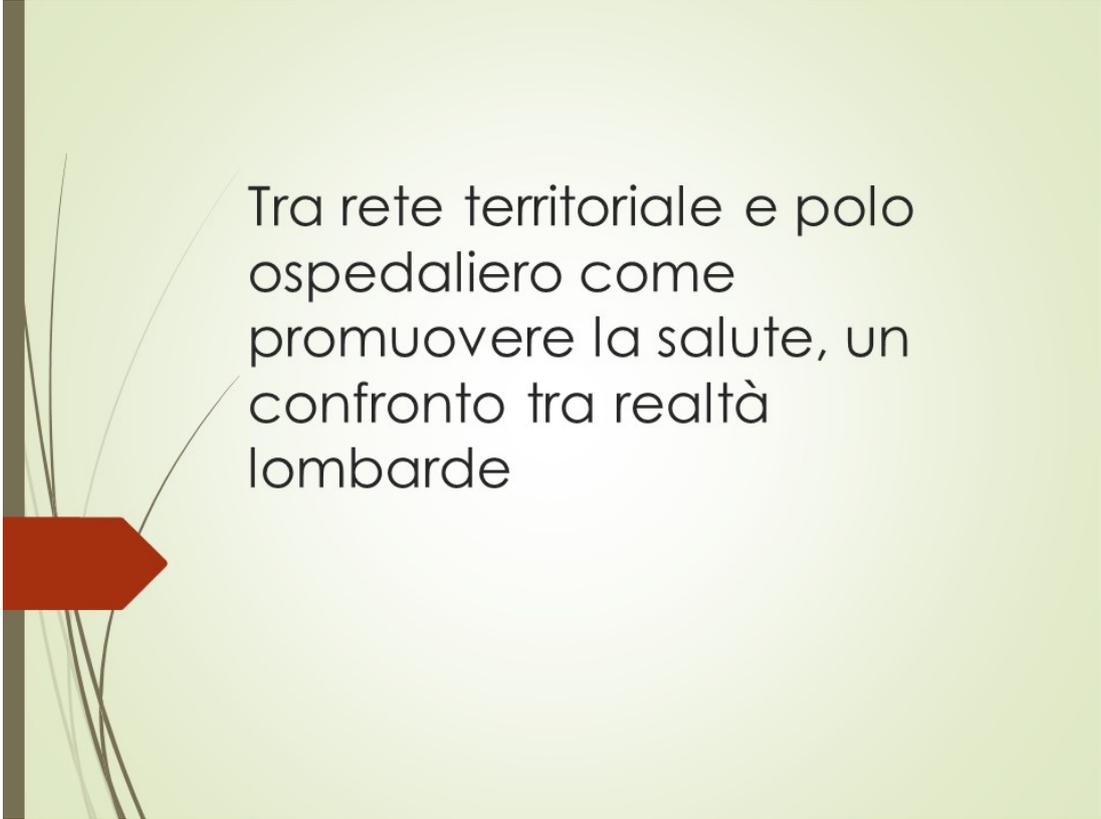
Relativamente alla parte sanitaria, sembra opportuno sottolineare il “sistema delle cure primarie” (art. 10), soprattutto dove si parla di presa in carico delle persone fragili e croniche, dell’obiettivo di erogare prestazioni al domicilio del paziente, del favorire la presenza di personale di studio, di infermieri e la collaborazione di professionisti sanitari con adeguato profilo professionale.

Le unità di offerta sociosanitarie erogano le “prestazioni sanitarie a rilevanza sociale” e le “prestazioni sociali a rilevanza sanitaria” (art. 26). Viene qui ribadito il principio dell’integrazione fra le due componenti di servizio, per rispondere ai bisogni delle famiglie, dei disabili, delle dipendenze e delle non autosufficienze. Anche in questo caso viene affermato il principio organizzativo della presa in carico della persona attraverso piani personalizzati di assistenza orientati a integrare la componente sanitaria, sociosanitaria e sociale, per assicurare la continuità assistenziale e superare la frammentazione fra le prestazioni.

Entro quest’ottica è stato proposto un modello che abbia un approccio “*patient engagement*”: ovvero che consideri la partecipazione attiva del paziente alla gestione del suo percorso terapeutico ed assistenziale, nonché il suo coinvolgimento nell’ambito dei processi istituzionali e regolatori.

Scheda: La salute e la psicologia nella rappresentazione della LR Lombardia 23/2015

Prima di procedere all’analisi dei contesti di intervento, può essere utile proporre un inquadramento delle implicazioni per il posizionamento degli psicologi nell’assetto del Servizio Sanitario nella Regione Lombardia.



Tra rete territoriale e polo ospedaliero come promuovere la salute, un confronto tra realtà lombarde

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE, SOCIOSANITARIE E SOCIALI

La Regione, nell'ottica dell'integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali nell'ambito del SSL, attraverso il SSR:

- a) tutela il **diritto alla salute** del cittadino;
- b) garantisce adeguati percorsi di **prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione**;
- c) sostiene **le persone e le famiglie**;
- d) promuove, in particolare, l'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, favorendo la realizzazione di **reti sussidiarie di supporto** che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a **tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia**, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da **non autosufficienza** e da **patologie cronico-degenerative**

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E IL CONCETTO DI SALUTE

- La Regione promuove le attività di prevenzione e di promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio individuali e ambientali, di ridurre le disuguaglianze favorendo l'accesso alle attività di prevenzione e indicata dalle linee guida sanitarie.
- Tale attività (delle ASST) è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di **tutelare e promuovere la salute fisica e mentale**.
- pianificazione della prevenzione, con particolare riferimento a:
 - a) la centralità della **salute**, intesa come **bene comune universale** e quindi anche come **diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività**, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e **soprattutto praticando e potenziando la prevenzione**;
 - b) processi di promozione della salute che attivino il ruolo delle politiche non sanitarie;
 - c) l'**integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale** tra tutti i sottosistemi articolati del sistema sociosanitario e in particolare l'**integrazione territoriale**, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il **lavoro di rete tra operatori, enti e istituzioni** coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute;
 - d) l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione della prevenzione basata su prove e di evidenza scientifica;
 - e) la **responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori**, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

LA PERSONA (E LA FAMIGLIA) COME UNITÀ DI RIFERIMENTO

- ▶ rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell'equità di accesso ai servizi
- ▶ orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso
- ▶ incentivare la responsabilità della persona e della sua famiglia;
- ▶ riconoscere la persona quale destinatario delle azioni e degli interventi, anche sulla base della valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE

- ▶ modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, rispettosi della libertà di scelta del cittadino anche su indicazione del medico di medicina generale e che promuovano un processo di integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle sociali di competenza delle autonomie locali
- ▶ Assicura la presa in carico della persona, garantendo la continuità delle cure erogate e, per quanto possibile, nel suo contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati.
- ▶ Governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;
- ▶ Tale attività (delle ASST) è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale.

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

LE CURE PRIMARIE

- Assicurare un accesso appropriato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la **personalizzazione del percorso assistenziale**, il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti sanitari presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie e l'interazione con le cure di alta specialità
- Assicurare la **continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale**
- Le azioni di **presa in carico della persona, nella prospettiva della continuità assistenziale** e nella gestione dei percorsi di cura e assistenza, sono assicurate dalle AFT e dalle UCCP. Le UCCP, che possono coordinare le AFT insistenti sul territorio di pertinenza, costituiscono forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi.
- coordinatore di cure primarie, identificato tra i professionisti sanitari, per la gestione del piano di cure, predisposto dal medico di cure primarie, con particolare riguardo all'assistenza primaria e domiciliare, al fine di assicurare la collaborazione e il raccordo tra gli MMG e le articolazioni territoriali sanitarie e sociosanitarie, per **accogliere e accompagnare la persona e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e alle opportunità della rete di offerta territoriale ed ospedaliera, sanitaria e sociosanitaria**

Espressioni chiave nella Legge Regionale 33/2009 e 23/2015

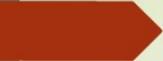
LE UNITA' DI OFFERTA SOCIO-SANITARIA

- a) modalità di presa in carico della persona fragile attraverso **un piano personalizzato di assistenza**, che integri le diverse componenti sanitaria, socio sanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- b) l'implementazione di **modalità di valutazione dei bisogni** attraverso **unità multiprofessionali UVM**, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, utilizzando le scale in essere presso le Regioni tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;
- C, D, E) l'attivazione o il rafforzamento del **supporto alla persona fragile e alla sua famiglia** attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, con trasferimenti monetari, con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare.



POLI DI GOVERNO, ORGANIZZAZIONE ED EROGAZIONE

- ▀ Governo clinico (Regione, ATS)
- ▀ ASST:
 - ▀ Servizio Ospedaliero
 - ▀ Rete territoriale:
 - ▀ POT
 - ▀ PRESST
 - ▀ AFT e UCCP
- ▀ Unità di offerta socio-sanitarie



La psicologia

- ▀ Nella presa in carico della persona nel suo complesso
- ▀ Nella valutazione multidimensionale dei bisogni
- ▀ Nella definizione di piani personalizzati di assistenza e di cura
- ▀ Nella promozione e tutela della «salute mentale»
- ▀ Nel sostegno psicologico entro i processi «clinici»
- ▀ Nell'integrazione dei servizi destinati alla persona
- ▀ Nella responsabilizzazione della persona e della famiglia
- ▀ Nella promozione della salute e nella prevenzione
- ▀ Nel sistema delle cure primarie
- ▀ Nella integrazione delle funzioni e dei servizi ospedalieri, territoriali, delle unità di offerta socio-sanitaria e con i servizi socio-assistenziali

I contesti di intervento

All'interno del presente paragrafo verranno descritti i tre principali attori che ruotano intorno al tema della cronicità diffusa: l'Asst, ATS, una Fondazione e i soggetti territoriali quali il Comune, gli Ambiti territoriali e gli enti del terzo settore.

ASST PG23

All'interno dell'ASST Papa Giovanni XXIII la psicologia è organizzata in UOC, cioè unità struttura complessa stabilita con il POAS, vale a dire il piano organizzativo aziendale strategico. Il riferimento all'organizzazione aziendale è centrale dal momento che il polo ospedaliero è di fatto una vera e propria azienda: anche se non interessata al profitto, effettivamente il suo funzionamento corrisponde a quello aziendale. L'obiettivo è "produrre salute", intesa come serie di prestazioni che l'ASST rendiconta alla regione.

Per ciò che concerne il POAS, questo passa attraverso una sua approvazione che la stessa ASST deve sottoporre a Regione Lombardia. Questo perché il livello di autonomia all'interno dell'azienda termina nel momento in cui subentra la regione che fornisce delle indicazioni, dettate soprattutto su un sistema di controllo dei costi. Nel momento in cui il POAS viene presentato, all'interno di esso vengono inoltrate delle proposte: rispetto a quel che più riguarda l'unità di psicologia, il POAS deve essere naturalmente in linea con ciò che afferma la legge. In modo particolare, la legge di riforma recente che ha cambiato radicalmente il POAS è appunto la legge 23 della regione Lombardia emanata nel 2015.

Ritornando nello specifico dell'unità di psicologia, essa è una struttura certificata la cui mission è quella di fare una rilevazione sistematica del bisogno psicologico all'interno dell'azienda e organizzare tutte quelle prestazioni che sono di competenza specifica, al di fuori della psichiatria e della neuropsichiatria infantile. Questa dichiarazione d'intenti è nata per un motivo preciso: a differenza di molte altre realtà italiane, l'anima di questa UOC di psicologia nasce e si sviluppa come direttamente ospedaliera. Questo fa sì che gli altri operatori dell'ospedale sono abituati a consultare i colleghi psicologi e a lavorare in modo integrato con loro.

Nello specifico, l'anima ospedaliera si compone di:

- attività di neuropsicologia e di psicodiagnosi.
- Il CBF: nell'aprile del 2016 la direzione del polo ha deciso di affidare la gestione del centro bambino-famiglia all'unità di psicologia. In linea generale è possibile dire che il CBF è l'unico centro provinciale (non fa quindi solo riferimento al nostro territorio e alla nostra ASST) che si configura come luogo di accoglienza di bambini e adulti vittime di violenza e maltrattamento, al cui interno sono state sviluppate delle strategie innovative di gestione di situazioni di minori a rischio e delle loro famiglie, partendo dal presupposto di fare interventi che coinvolgano il più possibile le famiglie stesse.
- Un'altra anima dell'unità di psicologia che è ufficiale dal 15 maggio 2018 è la tutela minori: anche se come funzione rimane e capo dei Comuni, questi si

avvalgono della collaborazione degli psicologi delle ASST. Per questo compito, esiste un corso di formazione aziendale proprio del Papa Giovanni, dove i relatori degli psicologi sono i referenti degli ambiti territoriali (Valle Imagna, Val Brembana, Bergamo). Un aspetto rilevante della tutela minori non ha a che fare solo con la risposta al mandato di un magistrato, ma riguarda un lavoro più ampio sul territorio e che è determinato dal modo in cui il professionista si rappresenta il territorio stesso e le famiglie in condizioni di fragilità.

ATS

L'ATS è l'Agenzia per la Tutela della Salute istituita a partire dalla legge 23/2015. Essa ha il compito di garantire il governo della rete sanitaria e sociosanitaria nel proprio ambito territoriale, favorendo l'integrazione della rete di erogazione con la rete sociale del territorio; stipula contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati del territorio di competenza e garantisce il raggiungimento degli obiettivi previsti nel Piano Sociosanitario Integrato Lombardo.

La Legge Regionale attribuisce all'ATS funzioni di: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate; governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali; governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie; governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione; promozione della sicurezza alimentare, medica e medica veterinaria; sanità pubblica veterinaria; prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro; attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica; vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, socio sanitarie e sociali.

In genere si tratta di compiti di coordinazione, di governo e di promozione, ma anche di prevenzione, che rimane una base molto importante dalla quale agire per ridurre sempre più i fattori di rischio.

I fattori di rischio assumono un valore intrinseco fondamentale nel momento in cui si vuole operare per prevenire le malattie croniche (cardiovascolari, tumori, malattie metaboliche, ecc.), le quali sono malattie che non hanno una causa identificabile, individuabile con chiarezza ma si sviluppano a partire da fattori di rischio di varia natura, economica/sociale, ma anche comportamentale legata allo stile di vita del soggetto.

LA FONDAZIONE ANGELO CUSTODE

La Fondazione Angelo Custode è un'associazione diocesana che si occupa, in modo intrecciato con altri servizi, di disabilità; la sua *mission* è offrire servizi sociosanitari alle fragilità multiple che si possono trovare dentro la dimensione familiare.

Afferiscono alla Fondazione:

- sei consultori familiari;
- un istituto di riabilitazione per minori con disabilità complessa. Al suo interno, gli ospiti possono usufruire di una scuola paritaria, un poliambulatorio pediatrico (con tutte le figure che si occupano della presa in carico del bambino dentro un percorso di vita), un servizio diurno semi-residenziale (per tutte quelle situazioni

in cui è necessario un intervento continuativo per percorsi abilitativi e riabilitativi), una struttura residenziale (in cui vengono accolti i bambini con situazioni particolarmente complesse, in cui il carico relazionale, assistenziale, sanitario non permette alla famiglia di assolverlo completamente da sola a casa);

- il centro polifunzionale Scala di Giacobbe: si tratta di una struttura residenziale per adulti con una componente psichiatrica importante. Qui si pone il problema degli *over 65*, in quanto le strutture residenziali possono ospitare persone dai diciotto ai sessantacinque anni. Soltanto le case di riposo potrebbero accoglierli, ma non sono preparate a questa specificità e a questa complessità. Nel momento in cui non c'è una dimissione, non si riesce a introdurre, a garantire nuove ammissioni in una struttura. Questa situazione di stasi, a livello di ricaduta territoriale, sta generando una serie di criticità;
- un centro diurno, con una declinazione particolare sull'autismo;
- una struttura che ospita malati di AIDS;
- una struttura per fragilità legate ai sacerdoti, a cui, una volta terminata la loro missione all'interno delle loro parrocchie, viene proposta una vita comunitaria in un contesto protetto;
- una serie di poliambulatori pediatrici.

L'intento della Fondazione è quello di costruire una filiera tra tutti questi servizi, che possono sembrare così diversi e complessi e farli dialogare tra loro per garantire una continuità della presa in carico e dell'intervento.

La *mission* è fare tutto ciò cercando di offrire una modalità di intervento e di risposta che garantisca dei servizi flessibili: la famiglia non si deve adattare ad un contenitore. Attualmente nei servizi non si parla più di presa in carico dell'utente, ma di presa in carico della dimensione familiare. L'obiettivo è, per quanto è possibile, di rendere abile la famiglia, di restituirle questo ruolo di competenza, in modo tale da consentire loro di gestire autonomamente, il più possibile, presso il domicilio la persona con fragilità. La disabilità non è più una proprietà del soggetto, ma una proprietà relazionale.

Il primo obiettivo è dare voce alla famiglia ascoltandola, focalizzandosi non tanto sulle rivendicazioni o sulle lamentele, ma aiutandola a uscire da una situazione di solitudine e paura: senza la famiglia il lavoro è nullo. Qui è determinante il ruolo dello psicologo, in collaborazione con l'équipe multi-professionale.

Sono molto importanti anche i fratelli, in quanto anche loro hanno la necessità di ricostruire una propria identità, che non sia sempre solo legata a "sono il fratello di...": bisogna riconoscere l'identità di tutti i membri della famiglia, per poi costruire nuove identità al suo interno.

Il ruolo dello psicologo all'interno della fondazione è determinante e si declina su più aspetti, su più binari: nei consultori si occupa della presa in carico dei progetti individuali e dei colloqui e nei servizi residenziali svolge una funzione di ascolto (dei bisogni legati alla quotidianità e dei cambiamenti) e di supervisore del lavoro in équipe. Lo psicologo è un facilitatore, è un osservatore esterno non invischiato nelle dinamiche di intervento quotidiano: è portatore di valore, perché aiuta a ridimensionare problemi e criticità che appaiono insormontabili e, dentro la complessità dell'utente, della famiglia e delle relazioni nei servizi, va a lavorare anche sul benessere dell'operatore e sulla sua

motivazione. In tale modo, le risposte diventano sinergiche e la famiglia può sentirsi così parte di un contesto dialogante, in cui essa continua ad avere voce.

La flessibilità dei bisogni richiede ai servizi una flessibilità (*versus* rigidità): dobbiamo avere curiosità di scoprire che, a volte, i vincoli diventano risorse.

COMUNE E TERZO SETTORE

I Comuni e gli enti del terzo settore costituiscono dei soggetti chiave nell'area della cronicità. Innanzitutto, essi possono rappresentare delle sentinelle rispetto all'intercettazione delle situazioni di disagio e fragilità degli individui e delle famiglie; in secondo luogo essi rappresentano degli attori centrali per andare a lavorare sulle comunità locali, promuovendo progetti di sensibilizzazione, inclusione in un'ottica di sviluppo di un sentimento di maggior coesione sociale e benessere di tutti gli abitanti di un determinato territorio.

Di seguito verranno meglio tratteggiati progetti e servizi promossi da questa tipologia di enti.

Gli ambiti di intervento sulla cronicità

All'interno del presente paragrafo verranno delineati quelli che sono stati gli ambiti di intervento intercettati rispetto al tema della cronicità, che sono stati suddivisi in:

- Malattie organiche
- Invecchiamento
- Minori e famiglie
- Sociale e povertà
- Disabilità

Malattie organiche

La malattia organica acuta o cronica rappresenta un evento epifanico che mette in discussione l'intera esistenza del soggetto e della rete familiare e attiva una serie di processi di risignificazione del progetto di vita.

L'Unità Operativa Complessa (UOC) di psicologia clinica presente nell'ASST Papa Giovanni XXIII, si interfaccia con tutti i reparti del polo ospedaliero e si rivolge a quei pazienti affetti da una malattia organica. Il lavoro di presa in carico, però, non riguarda solo i singoli pazienti, ma tutto il nucleo familiare. Questo avviene in modo costante, sia che il paziente sia un minore, sia che sia un adulto o una persona anziana.

In particolare, sono state esplorate all'interno del percorso di tirocinio alcune direttrici:

Bambini e adulti che subiscono trapianti: In queste situazioni, è molto utile parlare già da subito ai bambini di temi importanti quali la morte e le malattie degenerative: si è osservato, a tal proposito, che più si rendono i bambini attivi e partecipi di queste difficili situazioni che accadono loro, più si riescono ad attribuire significato all'esperienza che stanno vivendo. D'altra parte, per non perdere il rapporto di fiducia ma anche di alleanza nel percorso di cure, è importante non mentire ma spiegare con un linguaggio accessibile all'età che cosa sta accadendo.

Lo psicologo che vuole lavorare in queste realtà è chiamato a mettere in discussione costantemente le proprie teorie della tecnica, a formulare e ri-formulare le sue modalità operative in un costante riposizionamento. Inoltre, egli ha il compito di far sì che i bambini siano il più possibile attrezzati strada facendo, soprattutto nel caso delle lungodegenze dove, talvolta, si è costretti ad allontanarsi dal proprio contesto di vita. Una peculiarità assoluta dell'ASST Papa Giovanni XXIII garantisce a bambini in situazioni simili anche la continuità del percorso scolastico obbligatorio, in modo tale che lo studente, una volta dimesso, non abbia perso anni di studio (fatto che potrebbe avere delle conseguenze psicologico-emotive devastanti per il bambino).

L'area pediatrica si differenzia ovviamente dall'area adulti e per questo è stato creato un ambulatorio transazionale che consente di prendere in carico ragazzi che transitano verso l'adulthood. Un ultimo aspetto rilevante da mettere in evidenza è che si cerca quanto prima di insegnare a questi bambini, soprattutto quando divenuti adolescenti, l'importanza dell'autonomia nell'assunzione e nella gestione della propria terapia farmacologica.

La consulenza psicologica nelle situazioni cliniche che comportano la necessità di un trapianto d'organo riguarda anche agli adulti. L'iter prevede che il medico, nel caso in cui dovesse intercettare un bisogno di natura psicologica nel paziente, invii una richiesta all'Unità di Psicologia con richiesta di un quesito diagnostico. Prima di rivolgersi direttamente ai pazienti, gli psicologi incontrano i curanti di riferimento, come medici e infermieri: in tal modo si costruisce una rete con i curanti, in linea con una presa in carico globale della persona. Successivamente, si entra in stanza del paziente ricoverato, cercando di creare un ambiente consono in cui egli possa sentirsi protetto nell'ascolto. Durante i 45 minuti di colloqui si cerca di indagare l'anamnesi e conoscere i timori e le paure dell'utente legate al trapianto che dovrà subire. Subito dopo aver fatto il colloquio, lo psicologo si confronta con i curanti fornendo la propria restituzione rispetto a quanto emerso dall'incontro con il paziente. L'elemento fondamentale dell'équipe medica è di costruire un comune sentire, in modo che chiunque possa essere chiamato ad interloquire in condizioni di criticità. Il compito dello psicologo in équipe sarà la possibilità di rendere noto un comune punto di vista che possa portare ad interagire tutti i membri del gruppo.

Neuropsicologia e riabilitazione neuropsicologica: La neuropsicologia clinica ha lo scopo di valutare e, qualora possibile, riabilitare i deficit neurocognitivi e le annesse implicazioni di tipo psicologico, affettivo e di personalità conseguenti a patologie a carico del sistema nervoso centrale. Infatti, quando vi è una lesione cerebrale, è possibile riscontrare dei disturbi di tipo cognitivo, riguardanti linguaggio, memoria, attenzione, percezione, ma vi possono essere anche delle complicazioni a livello emotivo-comportamentale. Tornando alla specificità dell'ospedale, esso si occupa di lesioni cerebrali vascolari (emorragie cerebrali), tumori cerebrali (pre-post intervento chirurgico, o anche nel mente), traumi cranici, decadimento intellettivo, sclerosi multipla, patologie infettive (HIV, encefaliti), e patologie extrapiramidali (Parkinson). La valutazione clinica nell'ambito della riabilitazione neuropsicologica dovrebbe essere eseguita a due livelli di indagine:

1. valutazione della menomazione specifica (disturbo neuropsicologico);
2. valutazione della disabilità (verifica delle abilità in situazioni ecologico-funzionali).

Gli obiettivi di tale valutazione sono quelli di:

- individuare e descrivere i deficit (menomazione-danno);
- osservare come i deficit emersi limitano e influenzano le attività del paziente (disabilità);
- individuare le abilità residue;
- impostare programmi riabilitativi per il recupero;
- valutare l'efficacia del programma riabilitativo a livello di modificazione della menomazione e/o della disabilità;
- supervisionare ed accompagnare il team ad interpretare i comportamenti del paziente che sono conseguenza dei disordini rilevanti;
- individuare all'interno del team modalità di comportamento comune per ridurre la disabilità.

La riabilitazione neuropsicologica, invece, si occupa del recupero delle abilità cognitive e comportamentali deficitarie causate dal danno cerebrale, in modo da permettere e auspicare per il paziente la migliore autonomia possibile nei contesti della vita quotidiana e per l'eventuale reinserimento socio-lavorativo. Per fare tutto ciò è necessario un lavoro di gruppo con interventi coordinati ed integrati, costituendo così un'équipe interprofessionale.

Psicodiagnosi: La richiesta di una psicodiagnosi avviene principalmente attraverso due canali, quello ambulatoriale o quello interno. Il primo colloquio rappresenta un momento importante in questo processo in quanto si focalizza sull'analisi della domanda portata dal paziente. L'anamnesi rappresenta un'altra parte importante del lavoro poiché permette di indagare alcuni momenti della storia del paziente che si sono instaurati nella sua memoria come ricordi traumatici: l'indagine, quindi, procede verso il racconto di quello che ha vissuto, di come lo ha vissuto e di come lo ha gestito. In questo caso, i sintomi che riporta il soggetto sono dei veri e propri segnali di meccanismi di difesa che agiscono come autocura che una persona mette in atto. È importante mettere in evidenza che il primo colloquio non è una consultazione e che solo in seguito ad esso si può decidere, in presenza di determinate condizioni per la persona, se iniziare una consultazione più contestualizzata. La consultazione apre uno spazio per confrontare quello che lo psicologo ha capito del paziente e ciò che quest'ultimo percepisce di sé.

Il lavoro dello psicologo continua anche al di fuori dai colloqui con i soggetti in cura, poiché solo in quei momenti si può cercare di capire, attraverso un lavoro d'équipe, cosa fare con il paziente e quale può essere il percorso più appropriato per il suo futuro. Per quanto riguarda i criteri per iniziare una consultazione con un paziente, questi sono sostanzialmente tre:

1. il soggetto deve essere informato.
2. il soggetto deve acconsentire all'avvio di una consultazione.
3. il soggetto deve essere in grado di comunicare.

Se queste condizioni vengono soddisfatte, allora la consultazione potrà avviarsi. A quel punto, il medico o l'infermiere hanno il compito di presentare la figura dello psicologo al paziente, in modo tale che percepisca che anche questo professionista fa parte dell'équipe di cura.

All'interno dell'ospedale, poi, si può usufruire di un trattamento di tipo supportivo, oppure di tipo focale.

A. Il trattamento supportivo mira ad allearsi con le risorse e le strategie difensive e di adattamento del paziente in un'ottica di potenziamento.

B. Il trattamento di tipo focale, invece, ha a che fare con l'introduzione di obiettivi rispetto ad una determinata area tematica (come può essere per esempio l'elaborazione di un lutto).

Paziente in fase terminale della malattia: A sancire il diritto alle cure palliative fu la legge 15 marzo 2010, n° 38 *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore* (Gazzetta Ufficiale n. 655 del 19 marzo 2010). Mission del reparto dell'Hospice è controllare e trattare tutti i sintomi che compaiono nelle fasi finali della malattia, cercando di garantire un ultimo periodo di serenità prima della morte. Le cure palliative rappresentano l'applicazione sanitaria di un principio fondamentale per la psicologia: il paziente è portatore di una malattia, ma è per sempre una persona; lo sguardo che si ha è sulla complessità del paziente, cercando di occuparsi in modo totale del soggetto, sia dal punto di vista fisico (sintomatologico) che psicologico (ansia, angoscia, bisogni sociali). Il reparto non ha orari d'ingresso, la camera è sempre singola e il familiare può fermarsi anche la notte, avendo diritto ai pasti. Si arriva in Hospice su richiesta del medico, il quale riconosce di non avere più possibilità di mettere in atto interventi risolutivi: viene garantito un percorso di continuità tra il ricovero in Ospedale e la degenza in Hospice. Per quel che concerne il ruolo dello psicologo, egli non ha lo sguardo focalizzato esclusivamente sul sintomo ma sulla totalità della persona con una visione soggettiva sulla domanda del paziente. È bene tener presente che quando i pazienti arrivano hanno il loro bagaglio di esperienze personali, il loro vissuto di malattia, la loro sofferenza e un modo specifico di raccontarla ed elaborarla. A tal proposito, è importante che lo psicologo cerchi di comprendere il modo di essere del paziente: meccanismi di difesa, risorse, storia, esperienze e legami familiari per contestualizzare e approfondire al meglio le richieste del paziente; la metodologia che guida l'intervento è l'analisi della domanda (Carli, Paniccia, 2004). Lo psicologo si configura come membro dell'équipe e contribuisce, quindi, a ragionare rispetto ai pensieri e agli agiti di ogni singolo paziente. Come precedentemente accennato, in équipe sono presenti anche dei volontari: compito dello psicologo in Hospice è occuparsi della formazione e della supervisione dei volontari, i quali hanno a che fare con storie di vita molto fragili, scarse capacità contrattuali e poco distacco dall'emotività evocata nel rapporto con il paziente. Viene sottolineata la necessità di mantenere un margine di distanza dalle vicende di cui lo psicologo si fa carico: bisogna fare i conti con il proprio limite di professionisti e il proprio posizionamento rispetto alle vicende di malattia e di fine vita. Uno degli strumenti disponibili per assolvere a questo compito è la supervisione psicologica dell'équipe. La supervisione non è volta a tacitare o a rimediare ad uno scotimento emotivo della persona che non regge un'esposizione personale, ma è volto a riconfigurare i processi organizzativi entro contesti di relazione interprofessionale.

Invecchiamento

L'invecchiamento rappresenta una condizione esistenziale dell'uomo; spesso viene fatta corrispondere alle dimensioni di perdita, di malattia, di fragilità, quando in realtà può rappresentare una fase del ciclo di vita fatta di progettualità, di cambiamenti e di nuovi adattamenti. Verranno di seguito presentati alcuni progetti e realtà che si occupano di invecchiamento entro una prospettiva più allargata che si occupi anche di storie di malattia (come il progetto sui bisogni dei soggetti affetti da malattia di Parkinson) ma anche di servizi e opportunità inclusive.

Progetto Parkinson: I bisogni dei soggetti affetti da malattia di Parkinson - dalle voci della rete di cura allo sviluppo di una rete per patologia

“I bisogni dei soggetti affetti da malattia di Parkinson: dalle voci della rete di cura allo sviluppo di una rete per patologia”, è un progetto che nasce nel 2016 in pieno clima della riforma, che risponde all'esigenza di rivedere/ripensare al percorso di assistenza e di cura e ai bisogni del paziente, con un focus centrale sulla complessità (che caratterizza il soggetto, in quanto portatore di bisogni complessi) e sul favorire una presa in carico il più possibile integrata e globale dei bisogni del paziente cronico.

Perché proprio il Parkinson? Sia per le caratteristiche cliniche che connotano questa malattia (rappresentative della patologia cronica, in quanto i bisogni soddisfacibili all'interno del polo ospedaliero sono contestualizzati a particolari momenti della malattia: esordio, diagnosi, ridefinizione delle terapie, ma grande parte della presa in carico, dell'assistenza e della cura di questi pazienti avviene nel territorio, dove essi vivono), sia per il rapporto solido costruito negli anni tra il polo ospedaliero (Unità di Psicologia e Neurologia) con l'associazione Parkinson Italia.

Già prima del progetto era stata fatta un'indagine esplorativa, tramite dei *focus group* e delle interviste semi-strutturate, sui bisogni dei pazienti e dei familiari e, tra i più importanti e rappresentativi, erano emersi:

- da parte dei pazienti: il desiderio di sentirsi ancora funzionanti, di concentrarsi sulle proprie capacità residue (e non più sulle limitazioni che la patologia porta con sé);
- da parte dei *caregiver*: il bisogno di sentirsi parte di una rete, di sentirsi supportati tra di loro (tra pari) e di avere degli spazi di ascolto e sostegno a loro dedicati.

Grazie all'associazione Parkinson Italia, sono nati dei gruppi di sostegno e di parola dedicati ai familiari di pazienti con morbo di Parkinson, che hanno assunto la funzione di contenitori supportivi, a livello emotivo, di vissuti entro i quali i vari componenti hanno potuto rispecchiarsi nelle risorse e nelle fatiche dell'altro.

In questi momenti alcuni familiari hanno proposto, in maniera anche un po' provocatoria, il tema della territorialità. L'associazione ha raccolto questo stimolo e ha colto i temi propri della riforma: si è ampliata la mappatura dei bisogni che già c'era e, accanto alle esigenze di pazienti e familiari, si è aggiunta la voce del sistema di assistenza e di cura. Si è perciò cercato di creare delle occasioni di incontro/confronto non solo tra pazienti e familiari, ma anche tra professionisti dell'assistenza e della cura, che si interfacciano all'interno del loro specifico territorio con gli interlocutori sopracitati.

Questa nuova prospettiva si pone come obiettivi:

- favorire una rappresentazione globale e integrata dei bisogni e delle risorse del paziente e dei suoi familiari, al fine di integrare i percorsi di cura e assistenza;
- mettere a punto un modello di lettura dei bisogni funzionante non solo per la patologia di Parkinson, ma estendibile anche ad altri pazienti (e familiari) con altre patologie croniche;
- coglierne la rappresentazione.

Il progetto si è articolato in quattro fasi:

- 1) fase di ricerca;
- 2) fase di rielaborazione dei risultati e di condivisione con il gruppo di lavoro;
- 3) fase di ridiscussione e di *feedback* al gruppo di lavoro;
- 4) fase di condivisione con le Direzioni coinvolte per diffondere alla regione.

Attraverso focus group e interviste semistrutturate e la loro successiva analisi dei dati attraverso T-LAB, per andare a definire quelle che sono le polarità semantiche dei discorsi degli attori in gioco, è stato possibile individuare quelli che sono i punti salienti della presa in carico, ossia:

- area sanitaria: si configura attraverso la disponibilità degli operatori alla realizzazione di percorsi semplificati e fruibili per il paziente in fase diagnostica;
- area sociale: connotata da un'organizzazione che prevede momenti di incontro, condivisione e programmazione tra operatori;
- si rileva la necessità di costruire e mantenere punti di contatto stabili tra area sociale e sanitaria;
- c'è un grande bisogno di integrazione tra sapere sanitario e sociale, tenendo conto della soggettività del paziente e della soggettività degli operatori.

L'esperienza di Monterosso

Cosa evoca la parola "anziani" negli operatori socioassistenziali che lavorano quotidianamente con queste persone? Malattia, bisogni, aiuto, fragilità, solitudine, decadimento, isolamento, dipendenza, comunità, nipoti, saggezza, ricordi, risorse, talenti, ascolto, hobby, esperienze, ecc.

Non emergono solo parole connotate negativamente, ma anche molte positivamente. In queste persone ci sono infatti delle fatiche, ma anche molte cose su cui lavorare e continuare a costruire: bisogna lavorare su quello che c'è e non su quello che manca.

Nello specifico, il progetto Monterosso presenta quattro focus:

- 1) *dal servizio al progetto*: per rispondere a bisogni differenziati e che evolvono nel tempo, non bisogna costruire un servizio e immaginare che tutte le esigenze, che il territorio esprime, vengano incasellate in esso. Bisogna ragionare in termini di progetto, cioè è necessario costruire più progetti che possano essere più vicini possibile ai bisogni reali, differenziando quindi le risposte;
- 2) *la centralità della persona*: non è il cittadino che viene inserito in un servizio, ma sono i servizi ad inserirsi nel repertorio delle opportunità di cui la persona dispone;
- 3) *il territorio come risorsa*: il territorio è il luogo di vita delle persone e deve configurarsi anche come luogo di cura e di benessere. Il 25% della popolazione ha superato i 65 anni e le previsioni dicono che la percentuale si alzerà al 33%, ciò significa che i bisogni sono

tanti e che sarà economicamente insostenibile pensare di rispondere a tutti con servizi e interventi professionali. Bisogna perciò provare a costruire un sistema, un modo di stare/vivere insieme nei territori che promuova maggiore benessere e che sposti il più in là possibile il bisogno dell'intervento dello specialista/operatore. Il territorio è fondamentale da questo punto di vista e spesso rappresenta un elemento anche di riabilitazione. *Veniamo da anni di un certo tipo di cultura che esalta l'individualità della persona e oggi, dentro questo bisogno, abbiamo più che mai l'esigenza di ricostruire il tema della coesione sociale (costruire una comunità accogliente), perché per gli anziani la principale patologia è la solitudine. La dimensione della città amplifica la grandezza di questo fenomeno: gli anziani spesso si ritrovano senza rete parentale o quest'ultima è lontana e hanno poche relazioni amicali vicine. In città c'è meno vicinanza e coesione tra le persone e presto, se non cambierà in fretta nulla, ciò avverrà anche nei comuni;*

4) *Un progetto per tutti:* una comunità dove un anziano, anche con fragilità, può muoversi in sicurezza sul suo territorio, è una comunità più sicura per tutti.

Ciò significa che è necessario lavorare in direzione di: arricchire il territorio, avere un patto di alleanza con esso (figure professionali che lavorano a supporto di ciò che il territorio non riesce a fare), promuovere nuove forme socialità (es. tavole territoriali, composte da: CTE, parrocchia, San Vincenzo, Centri di Primo Ascolto, associazioni di volontariato, operatori dei servizi e gruppi di cammino) condividendo un'idea di intervento dentro le comunità (alleanza tra servizi e realtà territoriali) ed esprimendo una rappresentanza nelle reti sociali.

Nasce da qui l'idea di riprogettare i centri della terza età per farli diventare dei centri per la comunità (centri per tutte le età), aprendoli così al territorio e liberandoli da stereotipi stigmatizzanti (es. in questi luoghi si gioca solo a carte, bocce e tombola): la terza età può essere tempo di una buona qualità di vita e fonte di ricchezza per tutte le età e per la comunità (es. promozione di impegno sociale e di volontariato fatto da anziani). L'invecchiamento non è una patologia, è un processo insito nel percorso di vita delle persone.

Minori e famiglie

La terza area di intervento esplorata rispetto al tema della cronicità è stata quella dei minori e delle famiglie, cioè come i servizi territoriali e gli enti del terzo settore intercettano e rispondono ai nuovi bisogni di minori e famiglie per far sì che le fragilità proprie in un percorso di vita non si trasformino in condizioni di disagio o svantaggio cronici e come progetti di promozione della salute possano sostenere il pensiero progettuale di bambini e famiglie entro comunità accoglienti.

Consultorio

Il Consultorio familiare è un servizio pubblico ad accesso libero che si occupa principalmente di consulenza psicologica e che, in stretta connessione con gli altri servizi del territorio (scuola, servizi specialistici, ecc.), mira a promuovere la salute, il benessere della donna, della famiglia, della coppia e del singolo nelle varie fasi della vita. Al suo interno, per garantire la tutela dell'integrità psicofisica e relazionale dell'utente, operano

in équipe multi-professionale diverse figure: psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitarie, ostetriche, ginecologi, infermieri ed educatori professionali. Il consultorio si occupa di cronicità in modo trasversale sostenendo l'individuo, la coppia e la famiglia, la *mission* è infatti la prevenzione primaria (arricchire il potenziale positivo della coppia, della famiglia e degli individui che la compongono), secondaria (evitare che un fattore di rischio, individuale o relazionale, possa condurre ad una cronicizzazione) e terziaria (situazioni familiari disfunzionali o di crisi conclamata) e un'offerta attiva.

Le prestazioni garantite ed erogate dal consultorio sono:

- educazione e consulenza per la maternità e la paternità responsabile (es. progetto bimbo a bordo, un breve corso di formazione per accompagnare, mediante metodi attivi e coinvolgenti, i neogenitori nei cambiamenti che il figlio porta nella coppia);
- assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro, anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico;
- consulenza, supporto psicologico e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza;
- consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per la procreazione medicalmente assistita;
- consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa;
- consulenza e assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia;
- consulenza e assistenza a favore degli adolescenti, in collaborazione con le istituzioni scolastiche;
- prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi;
- psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo): la psicoterapia viene fatta soltanto in casi personali particolari, poiché impegna molto tempo e risorse e il consultorio non è il contesto adeguato;
- supporto psicologico e sociale ai nuclei familiari in condizioni di disagio;
- valutazione idoneità e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione, anche nella fase successiva all'inserimento del minore nel nucleo familiare;
- rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
- prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale;
- consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali territoriali;
- consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale.

In particolare, il progetto *Percorso Nascita* si occupa di:

- corsi di accompagnamento alla Nascita: affrontare con la donna tutti quei cambiamenti riguardanti sé stessa, il rapporto con il *partner* e con il figlio non ancora nato;

- *screening* in gravidanza: in un'ottica preventiva rispetto al disagio emotivo che si può manifestare nel corso della gravidanza (prima si verifica la situazione, meglio si lavora con la donna per il suo benessere);
- incontri a tema (soprattutto riguardanti la crescita del bambino e il distacco di quest'ultimo dalla madre);
- *screening* nel post-parto (progetto Salvagente Mamma): per poter intervenire precocemente laddove si manifestassero dei disagi e disturbi emotivi nel post-parto;
- colloqui per certificazione tocofobia (paura specifica del parto) primaria e secondaria, per poter accedere al parto cesareo anche laddove non ci sia un'indicazione medica;
- elaborazione del lutto per morte intrauterina o per la morte di bimbi con patologie;
- consulenze per coppie nel percorso di procreazione medicalmente assistita (PMA);
- colloqui per interruzioni volontarie della gravidanza (IVG), sia per donne minorenni che maggiorenni.

Per prevenire lo sviluppo di situazioni di disagio più acute vengono proposte campagne di screening (una procedura finalizzata a identificare, all'interno della popolazione apparentemente sana, coloro che potrebbero essere a rischio di un disturbo o di una patologia).

In particolare, nel progetto Salvagente Mamma, le donne vengono intercettate nei centri vaccinali, luoghi presso i quali, grazie alle nuove leggi, si recano quasi tutte le mamme intorno alla dodicesima settimana di vita del bambino, un periodo ottimale per fare una diagnosi di disturbo nel post-parto.

Attraverso la somministrazione di alcune scale ed eventualmente due colloqui è possibile intercettare situazioni di disagio più profondo che possono richiedere l'intervento psicologico fino ad arrivare alla richiesta di un supporto alla psichiatria.

La presa in carico da parte psicologo concretamente consiste in:

- psico-educazione;
- colloqui psicologici;
- psicoterapia individuale (poco frequente);
- colloqui di approfondimento con il partner e i familiari;
- osservazione della relazione mamma-bambino;
- creazione di una rete di supporto "formale" (ostetriche, educatrici e assistenti sociali) e "informale" (gruppi di mamme);
- eventuale invio alla consultazione psichiatrica.

Nella presa in carico è fondamentale il coinvolgimento del compagno/marito e della dimensione della coppia.

Un altro servizio molto diffuso è il progetto dedicato all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG). Dal punto di vista normativo, la Legge 22 maggio 1978 n. 194 "*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*" consente alla donna di ricorrere all'IVG in una struttura pubblica nei primi 90 giorni di gestazione. Il ruolo dello psicologo in questo ambito è ampiamente orientativo e supportivo, ma si differenziano due percorsi a seconda che la donna sia maggiorenne o

minorenne. In genere le donne adulte che richiedono IVG si confrontano con lo psicologo nel momento in cui sono indecise sulla scelta da fare. Diverso è il caso dei minorenni, che necessitano del consenso di un adulto per procedere all'IVG. Se i genitori della donna minorenne sono al corrente, generalmente si fa un colloquio sia con i genitori che con la donna per valutare se non ci sono alternative all'IVG. Laddove i genitori non siano a conoscenza dello stato di gravidanza della figlia, lo psicologo si preoccupa di indagare sulla situazione familiare per comprendere se esistano motivazioni valide per escludere i genitori da questa importante scelta. In tal caso, viene inviata una lettera al giudice tutelare, il quale può decidere, qualora opportuno, di proseguire con la pratica di IVG. Uno degli aspetti più delicati dell'attività del consultorio riguarda l'elaborazione del lutto, in caso di morte intrauterina o di morte di bambini con patologie gravi. In questi casi è possibile svolgere un percorso, anche psicoterapeutico, di elaborazione del lutto con la coppia oppure singolarmente con la mamma.

Altri progetti proposti sono:

- *1 caffè x 2*: campagna di sensibilizzazione sul tema della salute mentale, nonché campagna di raccolta fondi finalizzata a sostenere i pazienti psichiatrici nei servizi abitativi. Uno dei temi interessa la lotta allo stigma, con particolare riferimento agli stereotipi e alle difficoltà di inclusione di natura culturale di cui i pazienti psichiatrici sono vittima. La raccolta fondi è stata ideata con lo scopo di finanziare i progetti per i pazienti psichiatrici in fase riabilitativa, che faticano a gestire le spese economiche per la casa.

- *Bimbo a bordo*: attività indirizzata ai neogenitori del primo figlio, con lo scopo di accompagnare la coppia nella transizione verso la costruzione di un nuovo nucleo familiare. L'obiettivo è di sostenere e valorizzare la capacità genitoriale della coppia, con particolare attenzione e cura alla relazione tra i due coniugi.

- *Genitore a-mare*: gruppo di autoaiuto volto a sostenere e rinforzare la genitorialità delle coppie, cercando di superare lo sconvolgimento dato dalla nascita di un figlio. Si analizzano i cambiamenti di ciascun partner dopo la nascita di un figlio e le caratteristiche della relazione genitore-figlio in rapporto ai contesti di vita quotidiana.

In relazione alle tematiche inerenti alle attività del Consultorio emerge un punto in comune con i servizi sopraccitati: il lavoro in équipe. Viene infatti ripetutamente sottolineato l'importanza della collaborazione tra professionisti di diverse aree disciplinari, in modo da creare una rete di supporto che garantisca al paziente una presa in carico di tipo globale.

Centro per il Bambino e la Famiglia

Il Centro per il Bambino e la Famiglia (CBF) si occupa dell'area della tutela, in particolare nei casi di maltrattamento e abuso sessuale a danno di minori. Come per il consultorio familiare, più che di (cura della) cronicità, ci si occupa di prevenzione e di interventi precoci.

L'attività del CBF si struttura su differenti livelli: generalmente il primo livello è rappresentato da una prima comunicazione da parte dei servizi sociali, in seguito alla segnalazione del comportamento di abuso da parte di un genitore o di un insegnante. Una volta ricevuta la segnalazione, ci si occupa immediatamente di fare una valutazione

psicodiagnostica del bambino, per valutare se si presenta la necessità di un intervento terapeutico. In tal caso si entra nel secondo livello operativo, che offre prestazioni ad alta specializzazione per garantire la tutela della salute del minore. L'approccio terapeutico del CBF si propone di prendere in carico le fragilità relazionali, che se presenti all'interno del nucleo familiare potrebbero dar luogo a comportamenti limite o disfunzionali. L'obiettivo è intervenire in modo non giudicante sul problema, per evitare che la situazione degeneri ulteriormente. A tal proposito, negli ultimi anni il Centro ha ideato spazi appositi per l'attività di prevenzione e promozione di interventi precoci; in particolare, ci si occupa di interventi di sostegno alle funzioni e alle capacità genitoriali nelle diverse fasi che coinvolgono la vita familiare, con l'intento di valorizzare le risorse, superare i momenti di difficoltà e trovare un adattamento funzionale.

I principali ambiti operativi che vedono il CBF protagonista riguardano, oltre al sostegno delle capacità genitoriali, interventi in caso di abuso sessuale o maltrattamento su minori. In primo luogo, per conoscere lo stato psicologico del bambino abusato, viene effettuata una valutazione psicodiagnostica. In seguito, vengono programmati dei colloqui con gli invianti (es. scuola o parenti), i genitori e i minori, con l'obiettivo di ricavare maggiori informazioni sul motivo della consultazione, sui fatti accaduti e per avere una panoramica più completa della condizione psicofisica del minore. Una volta completata l'anamnesi, gli operatori valutano l'intervento da proporre al minore abusato e all'adulto abusante:

- *Psicoterapia individuale ai minori e agli adulti abusati*: l'intervento affronta e cura gli effetti dell'abuso e del maltrattamento, ripercorrendo con i minori gli eventi traumatici, offrendo uno spazio in cui poter esprimere liberamente i propri vissuti e sentimenti per poterli rielaborare.

- *EMDR: (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*. Le vittime di abuso a seguito del trauma subito sperimentano una varietà di problematiche di tipo psicologico, emotivo, comportamentale e fisico. L'EMDR, attraverso una procedura di esposizione immaginativa guidata e progressiva allo stimolo traumatico, focalizza il ricordo sugli aspetti più disturbanti del trauma con l'obiettivo di riorganizzare tale ricordo nella memoria e consentirne un'integrazione funzionale. Un bambino abusato, che non conosce la sessualità, non riesce a decodificare ciò che gli succede: il congelamento emozionale è una conseguenza frequente. L'EMDR aiuta a riconnettere le connessioni neurali, portando a riaffiorare molti ricordi che non erano più fruibili a livello cosciente.

- *Colloqui clinici per i genitori di minori abusati*: l'attività è destinata a genitori di minori che hanno subito un maltrattamento e/o abuso sessuale, anche in assenza di una contemporanea presa in carico dei figli e mira ad offrire loro uno spazio di rielaborazione delle esperienze, al fine di supportarli nel loro ruolo genitoriale. I colloqui consistono nell'analisi delle problematiche emerse nelle relazioni genitoriali a causa dell'abuso e nel supporto alla gestione degli aspetti concreti giudiziari. Si tratta di abusi extra-famigliari, in cui i genitori soffrono insieme al minore: non hanno notato i segnali che il bambino lanciava o li hanno minimizzati. I bambini spesso non sono capaci di verbalizzare il disagio e per questo i genitori devono essere capaci di comprendere qualsiasi cambiamento comportamentale del bambino; tali cambiamenti potrebbero essere l'avvisaglia di una situazione problematica che sta disturbando il bambino.

- *Valutazione psicologica del minore abusante*: l'attività ha l'obiettivo di valutare se sussistono le condizioni per attuare la messa alla prova del soggetto minorenne abusante, di prassi è richiesta dall'Ufficio Servizio Sociale Minori presso il Tribunale per il Minorenni. La messa alla prova è una possibilità che si dà al minore di prendere coscienza della negatività dei propri gesti e di scontare un eventuale pena. Va data al minore per recuperare la parte deviante di sé, ma va fatta nel momento in cui la persona è cosciente dell'errore. Si dà per scontato, invece, che l'adulto sia consapevole dei propri gesti e di cosa va incontro: l'aiuto va dato, ma non è come per i minori abusanti.

- *Psicoterapia individuale dell'abusante*: nel caso di abusanti minorenni il trattamento si inserisce nel quadro di collaborazione con il Tribunale dei Minori e con l'Ufficio del Servizio sociale, ed è di prassi attivato a seguito di un intervento valutativo e come parte integrante del progetto di messa alla prova.

- *Interventi di psicologia giuridica in collaborazione con l'autorità giudiziaria*: ci sono audizioni protette e incidenti probatori: per i minori vittime o testimoni di reati viene garantito, presso la sede del Centro, uno spazio alternativo alle sedi giudiziarie al fine di diminuire gli effetti traumatici della testimonianza. L'audizione protetta è il primo step. Il genitore racconta l'episodio, il PM racconta al giudice e si va a sondare se la denuncia è effettiva. Durante il percorso è garantito il supporto psicologico. Nel momento in cui, nell'ambito dell'audizione protetta, il racconto del bambino corrisponda con la denuncia si passa all'incidente probatorio. Il bambino viene ascoltato e quello che racconta ha valore probatorio, il materiale che verbalizza potrà essere utilizzato nell'ambito del processo. Vi è poi la consulenza tecnica d'Ufficio (CTU): a disposizione dell'autorità giudiziaria per valutazioni su adulti e minori in difficoltà. Può capitare che il giudice chieda allo psicologo di fare una valutazione sul nucleo familiare per raccogliere informazioni aggiuntive per il procedimento penale. Infine, vi è la consulenza leale e professionale: agli operatori dei diversi livelli istituzionali.

- *Interventi in caso di elevata conflittualità familiare*: si utilizzano varie tipologie di intervento tra cui la mediazione familiare; essa di pone come obiettivo quello di aiutare le coppie in fase di separazione a gestire in modo adeguato i propri figli. Da separati bisogna modificare il proprio intervento genitoriale. I bambini in una separazione soffrono, ma se i genitori continuano a rispettare i bisogni dei loro bambini, essi saranno in grado di superare in modo funzionale quest'esperienza.

- *Terapia multifamiliare con coppie in conflitto*: intervento che combina i principi e le pratiche della terapia familiare sistemica con quelli della terapia di gruppo. In questa tipologia di intervento i professionisti non sono più gli esperti, ma i facilitatori del confronto e della collaborazione tra le famiglie da cui nascono il sostegno interfamiliare.

- *Gruppi di parola per figli di genitori separati*: intervento in cui i bambini, figli di genitori separati, si ritrovano con altri coetanei che vivono le stesse difficoltà e, con l'aiuto di professionisti appositamente formati, hanno la possibilità di esprimere liberamente quanto hanno vissuto. Attraverso il gioco, il disegno e la parola i bambini raccontano il loro dolore e le loro fatiche, riflettendo con gli altri superano la solitudine e il senso di inadeguatezza per arrivare poi ad avere la forza di comunicare propri genitori quello che stanno vivendo.

- *Interventi di valutazione e trattamento delle relazioni genitoriali disfunzionali*: l'obiettivo è individuare le relazioni familiari disfunzionali che hanno determinato condotte inadeguate e intervenire su adulti e bambini per riattivare la possibilità di evoluzioni positive.

Neuropsichiatria infantile (Uonpia)

La neuropsichiatria infantile è un servizio che si occupa dello sviluppo psichico del soggetto nella fascia d'età che va da 0 fino ai 18 anni incorporando le competenze della neurologia, della psicologia, della psichiatria e della medicina riabilitativa. In questo ambito c'è una forte valenza positiva e multidimensionale per cui il bambino è pensato nella sua complessità. La neuropsichiatria infantile di Bergamo è stata inserita nel polo ospedaliero sin dal 1998, all'interno del dipartimento materno-infantile (e non di psichiatria, come comunemente si potrebbe pensare), ed attualmente è strutturata su tre poli, costituiti da 2 presidi territoriali e dal presidio ospedaliero.

In neuropsichiatria infantile lavorano medici (dell'ospedale), psicologi, terapisti della riabilitazione (fisioterapisti, psicomotricisti, logopedisti), assistenti sociali, amministrativi, infermieri (dell'ospedale) e neuropsichiatri infantili che sono reperibili anche per lavorare al pronto soccorso. Al polo ospedaliero, generalmente, ci si rivolge prevalentemente per i casi di epilessia, per problemi dell'area neurologica pediatrica, cefalea dell'età evolutiva, acuzie psichiatriche e neurologiche. Per quanto riguarda il presidio territoriale, invece, esso si occupa di disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, disturbi dello sviluppo linguistico-cognitivo e degli apprendimenti scolastici, disturbo dell'attenzione, disturbi generalizzati dello sviluppo e autismo, patologie neuromotorie.

I neuropsichiatri infantili del servizio collaborano con le scuole, con i servizi di tutela, con il tribunale, con le comunità ma anche con i reparti ospedalieri. Lo psicologo, dal canto suo, in quest'ambito, aldilà dell'indirizzo o dell'assunzione di un modello psicologico, deve possedere una formazione relazionale e uno "sguardo allargato", poiché si lavora tenendo conto del bambino pensato all'interno della sua rete relazionale.

Per quel che concerne le modalità di accesso al servizio, esse avvengono principalmente in tre modalità:

- su richiesta dei genitori;
- su segnalazione del tribunale;
- su segnalazione dei servizi di tutela.

La richiesta può essere valutata come ordinaria o urgente: in quest'ultimo caso la domanda può venire direttamente dal pronto soccorso, il quale assegna il bollino verde all'urgenza in questione, e, da prassi, si dà la massima priorità in un tempo limite di 72 ore. La prima visita avviene con il neuropsichiatra e solo in seguito lo psicologo può eseguire dei colloqui per approfondimenti ed inquadramento diagnostico, specie se il bambino non necessita di un trattamento farmacologico o non presenta patologie psichiatriche. La specificità del lavoro con i bambini è data dal fatto che bisogna costruire un'alleanza multipla con i genitori, la scuola, la comunità e i servizi.

Il lavoro in équipe, di conseguenza, è molto importante perché permette di tutelare il bambino nella sua interezza attraverso l'integrazione di punti di vista differenti.

Lo psicologo nel servizio può effettuare diversi interventi:

- psicodiagnosi;
- interventi terapeutici;
- interventi di consulenza/supervisione.

Generazioni FA

Generazioni FA pone al centro del suo progetto il riconoscimento del valore e della dignità di ogni persona, nel sistema di relazioni che gravitano intorno alla famiglia, sul territorio, lavorando in direzione di un *Welfare* comunitario (essere protagonisti anche nella definizione di politiche sociali a vantaggio delle famiglie, soprattutto di quelle più esposte a fragilità e marginalità).

Questa organizzazione ha due principali aree di attività, una dedicata agli anziani (area sociosanitaria, area socioassistenziale e area abitare) l'altra ai minori. Per quanto riguarda questi ultimi sono presenti:

- un'area residenziale per adolescenti;
- un'area mamma-bambino (percorsi di sostegno alla genitorialità e di re-inserimento sociale e lavorativo);
- un'area territoriale (centri diurni, affidi familiari, ecc.).

La presa in carico da parte dei servizi è definita da un servizio sociale e prevede la collaborazione e il mandato da parte dell'Autorità Giudiziaria (Tribunale dei Minori).

All'interno di questa organizzazione, lavorano 151 operatori che si occupano di 876 persone. Gli psicologi sono soltanto quattordici, di cui otto svolgono una funzione di educatori e/o coordinatori e sei di attività di supporto psicologico all'utenza o alle équipes di lavoro (supervisione e formazione). Incontrano però molto la professione psicologica nel lavoro di rete (SerD, CPS, Neuropsichiatria Infantile, Consultori familiari pubblici e accreditati, servizi privati, CTU, CBF, ASST).

C'è inoltre una fitta rete di interlocuzione con il territorio (scuole, oratori, società sportive, ecc.), cioè con tutti quei luoghi/soggetti che possono essere, in qualche misura, significativi rispetto alla costruzione dei progetti di vita delle persone di cui si occupano: è un patrimonio di capitale sociale che questa organizzazione ha sviluppato e sta crescendo nel tempo.

All'interno di questo contesto, come vengono ingaggiati dal tema della cronicità?

La cronicità induce a riflettere sul tema della sostenibilità, quest'ultima è infatti fondamentale per la tenuta del *Welfare* futuro e delle famiglie e richiede un ragionamento rispetto alla costruzione di progetti integrati e transdisciplinari. La cronicità richiama anche il tema della resilienza, definendo, in questo caso, dei progetti che aiutino e consentano alle famiglie di stare in piedi con le proprie forze, guidandole a riconoscersi delle risorse e a essere protagonisti delle scelte che le riguardano; ecco alcuni esempi:

- modello dei tutori di resilienza;
- programmi di genitorialità positiva;
- programma P.I.P.P.I. (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione);

- Resistenza Non Violenta (NVR) e nuova autorità.

Progetto Giocamico

Il progetto *Giocamico* è un “*progetto che attraverso il gioco vuole trasmettere ai bambini ricoverati la consapevolezza del percorso di cura che dovranno seguire*”⁸. Si tratta di uno spazio psicologico attivato nel momento in cui si deve comunicare ad un bambino una diagnosi di malattia, in genere oncologica, con l’obiettivo di aiutarlo a capire a cosa andrà incontro e i cambiamenti a cui assisterà. Si parte dal presupposto che un bambino informato è molto meno spaventato e per questo più collaborativo con le procedure mediche a cui dovrà sottoporsi. “*Grazie a giochi specifici, Giocamico prepara i piccoli pazienti all’interventi chirurgico e agli esami diagnostici più invasivi e fastidiosi. La sala operatoria diventa un’astronave, l’intervento un viaggio avventuroso: grazie a suoni, immagini e simulazioni, la cura non viene solo raccontata, ma vissuta con situazioni diverse in base all’età del bambino*”⁹. Utilizzare il gioco è semplice poiché costituisce lo strumento di espressione con cui il bambino è maggiormente in confidenza: si gioca con presidi medici reali che verranno poi utilizzati sul corpo del bambino, in modo che il bambino non si spaventi nel momento in cui dovrà effettivamente rapportarsi con essi. “*Giocamico coinvolge anche i genitori, che vengono accompagnati nella comunicazione con il proprio figlio, in un momento difficile anche per gli adulti, spesso disorientati e dubbiosi su cosa dire e come relazionarsi con il proprio bambino*”. Difatti, il genitore vive una fatica emotiva nell’accogliere la diagnosi del figlio e il conseguente percorso di cura; inoltre, il genitore diviene una risorsa fondamentale per organizzare le attività, dal momento che conosce il bambino nella quotidianità e rappresenta per lui la figura di fiducia.

“*Il progetto Giocamico, rivolto ai pazienti pediatrici di età compresa tra i 3 e i 17 anni è iniziato a Bergamo nel 2012 [...] Dal 2014 l’attività è stata estesa a tutte le degenze pediatriche, compresa la Chirurgia pediatrica, l’Odontostomatologia e l’Ortopedia e traumatologia*”¹⁰. Emerge, dunque, la necessità di integrazione tra differenti saperi e figure professionali, impegnate per un medesimo obiettivo: tutelare la salute e valorizzare le risorse dei pazienti, per attivarle e affrontare al meglio situazioni dolorose e faticose. L’obiettivo è che la persona possa, nel suo percorso di cura, scegliere e decidere per sé. La funzione dello psicologo in quest’ambito implica l’incontro con famiglie in situazioni altamente destabilizzanti, per cui è necessario incontrare la soggettività e attivare un percorso di sostegno, in modo da poter accogliere la malattia e istituire la fiducia nei curanti. Difatti, lo psicologo, nella complessità multiproblematica del paziente, si occuperà della situazione multidimensionale che caratterizza la presa in carico, quindi della persona ma anche delle sue relazioni e degli operatori. A tal proposito, vengono fatti colloquio con i bambini e le loro famiglie, per poi fornire una restituzione e fare una valutazione tramite un lavoro in équipe.

⁸ <http://www.asst-pg23.it/>

⁹ <http://www.asst-pg23.it/>

¹⁰ <http://www.asst-pg23.it/>

Sociale e povertà

L'ambito di intervento sul contesto sociale e sulle povertà racchiude quei progetti e organizzazioni che operano per promuovere società più inclusive o per supportare e dare risposta alle situazioni di disagio legate alle dipendenze e a sofferenze psichiche. A questi si aggiungono progetti di prevenzione e promozione della salute. Rispetto alla cronicità i disturbi mentali e le dipendenze vengono considerate a tutti gli effetti come malattie croniche, i progetti di prevenzione dei fattori di rischio e la promozione di stili di vita più salutari rientrano tra gli interventi richiesti e promossi dall'OMS sulla cronicità. Infine, le povertà rappresentano una cronicità sociale importante all'interno dei nostri territori che viene parzialmente intercettata dai servizi.

SERD

La dipendenza viene considerata una malattia cronica a tutti gli effetti. La dipendenza da sostanze stupefacenti, in particolare, non rappresenta una questione solamente fisica, poiché chi ricerca una sostanza e ne diviene dipendente fugge da una sofferenza, che spera di allontanare con lo stato di spensieratezza provocato dall'uso di sostanze. Le dipendenze più diffuse riguardano l'Eroina, la Cocaina, l'alcol e il gioco d'azzardo. Le prime forme di dipendenza riguardavano principalmente l'Eroina, mentre oggi ha preso piede la cocaina, la quale ha inevitabilmente messo in discussione le modalità di lavoro. Difatti, negli anni la medicina ha sintetizzato e prodotto diversi farmaci per contrastare la dipendenza da sostanze: esiste un farmaco specifico per la dipendenza da Eroina, il metadone, definito farmaco agonista, in quanto capace di mimare l'effetto della sostanza. Al contrario, per controllare la dipendenza da Cocaina non esistono farmaci, in questo caso quindi l'intervento psicologico assume un'importanza fondamentale.

La terapia farmacologica, seppur utile e fondamentale in alcuni casi non può sostituire un intervento più profondo, di presa in carico della sofferenza del soggetto.

I servizi di carattere psicologico offerti dal Ser-d comprendono:

- *Psicoterapia*: attuata in caso di buona motivazione a comprendere se stessi, buon controllo degli impulsi, tolleranza alla frustrazione, consapevolezza della propria sofferenza psichica. È possibile dividere le psicoterapie in direttive volte a ristrutturare il modo di interagire del paziente (indicazioni più precise anche di tipo comportamentale - Approccio cognitivo-comportamentale), non direttive, volte a favorire l'insight, ossia la comprensione del funzionamento psichico-mentale (approccio psicodinamico), comunicazione, che si occupa di ciò che accade tra le persone (relazione tra famiglia, coppia, gruppo - Approccio sistemico transazionale). Queste distinzioni non sono così nette nella realtà, ma è bene prendere in considerazione tutti gli aspetti in congiunzione (approcci integrati). Le indicazioni derivano dalle caratteristiche del paziente, individuando come punto di partenza l'analisi della domanda. Le psicoterapie non hanno una durata predefinita e la frequenza delle sedute varia in base ai modelli di riferimento o in base al paziente.
- *Sostegno psicologico*: attuato in caso di bassa motivazione a comprendere sé stessi, basso controllo degli impulsi, bassa tolleranza alla frustrazione e situazione di crisi reattiva temporanea. Detta anche terapia supportiva,

orientata ad aiutare le persone a far fronte ad una situazione di crisi, legata alla scarsa capacità di adattamento al cambiamento (sia positivo che negativo). Se nella psicoterapia è più importante l'obiettivo della comprensione, nel sostegno l'obiettivo è rafforzare la persona a credere maggiormente in sé stessa per poter superare la crisi e ripartire. Il terapeuta assume la funzione di lo ausiliario. Può rappresentare la prima fase, prima di passare alla psicoterapia, nel momento in cui la persona ha rafforzato il suo io. Non ha una durata predefinita e la frequenza varia in base al paziente.

- *Counselling*: attuato in caso di difficoltà nel prendere una decisione rispetto ad un problema circoscritto e chiaramente definito. Serve per aiutare a decidere se è presente nel paziente un problema e per comprendere se è il caso di intervenire.
- *Consultazione adolescenti*: rivolta a soggetti di età compresa tra i 14 e i 20 anni, in presenza di adulti significativi e in assenza di patologie psichiatriche conclamate. È utile soprattutto per sbloccarsi e ripartire.
- *Gruppo ripresa funzioni*: gruppo omogeneo differenziato per problematica ed età, con buona motivazione al cambiamento, vulnerabilità narcisistica e assenza di problemi psichiatrici gravi (psicotici, paranoici e antisociali).

La linea guida di costruzione della relazione psicologo-paziente prevede una presa in carico globale, con attenzione all'unicità della persona richiedente aiuto, che esclude la possibilità di attingere a percorsi predefiniti e standardizzati. Anche nel Servizio per le Dipendenze è fondamentale il lavoro di équipe, che prevede l'integrazione dello psicologo con altre figure professionali e di conseguenza con altre tipologie di intervento.

Servizio Dipendenze e GAP¹¹

Il secondo contesto entro il quale si può parlare di psicologia della salute e come essa possa dare il suo contributo ci è stato offerto dallo psicologo Luca Biffi, responsabile del servizio dipendenze all'interno del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria del territorio di Bergamo e provincia, presentando la tematica del gioco d'azzardo e i rischi che lo possono portare a diventare una dipendenza.

Lo psicologo dà alcuni dati generali per capire la dipendenza del gioco d'azzardo tramite un quiz rivolto agli studenti. La spesa degli italiani nel gioco d'azzardo è di 104 miliardi l'anno, quindici anni fa era un quarto di questo totale. Il 75% della spesa giocata torna nelle tasche del giocatore, per cui la perdita è del 25% del totale giocato.

Il gioco d'azzardo svolto all'interno dei locali è diverso da quello svolto nelle mura domestiche: nel primo caso il gestore del locale trattiene sempre una percentuale dei soldi giocati, invece quando il gioco si svolge in casa i soldi sono sempre distribuiti tra i giocatori stessi.

Il gioco d'azzardo rappresenta l'1% del PIL, è la terza azienda italiana in termini di fatturato e in Italia è illegale dal 1933 per una politica proibizionista che lo riteneva pericoloso perché basato sul caso e sul lucro.

¹¹ Paragrafo tratto dall'elaborato di Serena Averara

Oggi il GA è sempre illegale, ma in seguito a delle deroghe legislative degli anni '90 si è arrivati a una posizione più permissiva, con i provvedimenti degli ultimi dieci anni è aumentata a dismisura l'immissione legale di una vastissima quantità di giochi. Queste scelte sono state dettate da due motivazioni da parte dello Stato, la prima è quella di sottrarre spazio alle organizzazioni criminali e la seconda era quella di poter fare incassi. In realtà le statistiche dicono che le organizzazioni criminali sono ancora presenti e l'incremento delle entrate fiscali dello Stato sono aumentate negli anni, ma la progressione non è proporzionale alla raccolta del gioco, i giochi vecchi sono molto tassati al 40%, quelli più recenti come le slot machine il 25% e quelli on line lo 0,9%.

La Lombardia rappresenta il 20% delle entrate del gioco d'azzardo in Italia.

Quante persone in provincia di Bergamo giocano al gioco d'azzardo tra i 65 e gli 84 anni?
Il 40%

Quante persone sono giocatori problematici o a rischio di diventarlo tra i 65 e gli 84 anni?
Il 18,7 %

A cosa giocano? Al primo posto ci sono i giochi passivi e a bassa soglia d'accesso (gratta&vinci, superenalotto). Il gratta&vinci è quello che fa correre agli anziani, maggiormente di sesso femminile, maggior rischio di dipendenza.

Il 2% degli studenti tra i 15 e i 19 anni è già un giocatore problematico, e il 3% è a rischio. Quotidianamente in tv e in rete siamo bombardati da video e pubblicità che trasmettono degli slogan come "vincere è facile", "giocare è facile". A cosa ci fa pensare il gioco d'azzardo? "Soldi, rischio, fortuna". Matematicamente è certo che giocando perdi una buona dose del tuo denaro. La probabilità di vincere il premio massimo (500 mila euro) è di 1/6milioni: se noi prendessimo tutti i bigliettini (gratta e vinci) che vengono messi sul mercato in tutta Italia, mettendoli uno accanto all'altro riusciremmo a fare la strada da Milano a Monopoli. La probabilità di vincere più di 1000 euro è 1/101mila. È molto più facile morire colpiti da un fulmine che vincere al gratta e vinci.

Ci sono alcuni falsi miti che inducono il giocatore a giocare:

1) Eccessiva fiducia nei propri mezzi (il giocatore crede di avere una capacità che gli altri non hanno: es. si ritiene più abile nell'indovinare i numeri, oppure, siccome gioca da tanto crede di conoscere meglio i meccanismi di gioco)

2) Correlazione illusoria: l'idea che esista una correlazione tra diversi elementi anche se non ci sono prove che lo dimostrano (es: pensa di avere buone probabilità di vincere perché mentre giocava ha ascoltato la sua canzone preferita)

3) Possesso di portafortuna o comportamenti superstiziosi: soffiare i dadi prima di lanciarli o strofinarsi le mani, oppure le espressioni tipo "vado avanti a puntare quel numero perché mi porta fortuna". Sono convinzioni che condizionano il giocatore, specialmente quello patologico.

4) Superstizioni cognitive: convinzione che uno stato cognitivo possa influire sull'esito del gioco (se mi concentro molto posso vincere, oppure se penso fortemente quel numero verrà estratto)

5) Contagio della fortuna: se mi trovo vicino ad uno che è stato fortunato, egli mi contagherà e sarò fortunato pure io

Il gioco d'azzardo si costruisce sulla base di queste convinzioni che vanno al di là della nostra ragione: esse inseriscono un elemento di controllo, fanno credere al giocatore di

avere il controllo su qualcosa che in realtà è nelle mani del caso. Nelle macchinette vi è il tasto “stop” per far sentire più partecipi, ma in realtà le slot funzionano in modo tale che il turno in cui escono i soldi è assolutamente casuale. Nelle slot tendenzialmente escono 4 figure/simboli uguali e una diversa cosicché la persona è portata a pensare di aver quasi vinto e quindi rigiocare. Lo stesso nei gratta e vinci: mettono numeri vicini o simili tra loro perché almeno vanno ad incentivare quei meccanismi che vanno a creare dipendenza, però danno l’illusione di poter essere controllati in quanto i biglietti sono scelti dal giocatore stesso. Questi meccanismi della quasi vincita e dell’illusione del controllo sono due meccanismi che vanno al di là della coscienza cognitiva, sono quegli aspetti che vanno ad intrecciarsi tra l’aspetto cognitivo/razionale e quello emotivo/motivazionale.

Indirettamente siamo tutti coinvolti e incuriositi da questo meccanismo, che ci portano a giocare e cercare di trovare in tutti i modi delle soluzioni, degli stratagemmi, ma è tutto casuale. La problematicità risiede nella convinzione che il gioco sia truccabile, chi gioca puntando solo sulla fortuna e su nient’altro ha minore probabilità di diventare un giocatore problematico

1. il giocatore sociale che è mosso dalla partecipazione ricreativa, considera il gioco come un’occasione per socializzare e divertirsi e sa governare i propri impulsi distruttivi.

Non sono convinzioni prettamente individuali, che alla fine della giornata deve esserci una vincita è una convinzione culturale, quindi entrano in gioco diversi fattori: la credenza individuale da una parte, quello che trasmette e richiede la società e quindi la cultura.

L’irrazionalità del gioco d’azzardo ha bisogno di una risposta razionale. Spostare semplicemente l’attenzione al problema non è sufficiente, risulta necessario lavorare sulla costruzione e il rinforzo dell’abilità di vita e quindi gli aspetti protettivi. Gli interventi di modificazione del contesto e della costruzione sociale risultano fondamentali, bisogna attuare un ridimensionamento e una decostruzione delle rappresentazioni sociali che si creano e che sono parte del sistema.

Si può intervenire lavorando su due versanti, cercando di sradicare quei misconcetti cognitivi che si sono consolidati e hanno fortificato la credenza di poter vincere e tenere sotto controllo il gioco, oppure cercare di rendere esplicite le motivazioni inconsce che hanno portato alla dipendenza. Il confine tra gioco problematico e gioco patologico è difficile da tracciare e soprattutto il gioco problematico, tendenzialmente, porta ad una dipendenza. La distinzione tra gioco d’azzardo patologico e gioco d’azzardo problematico e gli apparati che governano queste due dimensioni sono parte della costruzione sociale che legittima il gioco d’azzardo. Bisogna porre attenzione ad una decostruzione di questi apparati per riconsegnare una certa libertà.

Per valutare se un giocatore è a rischio di diventare problematico o meno è sufficiente porre due domande:

1) Ha mai sentito l’impulso di giocare somme di denaro sempre maggiori?

2) Ha mai voluto nascondere l’entità di quanto giochi alle persone che ti stanno vicino?

Se le risposte sono affermative è molto probabile che vi sia una dipendenza dal gioco. Lungo il continuum tra gioco d’azzardo ricreativo e gioco patologico, in relazione alle motivazioni che sembrano determinare e accompagnare il gioco d’azzardo, sono state distinte le seguenti tipologie di giocatori:

1. il giocatore problematico in cui, pur non essendo presente ancora una vera e propria patologia attiva, esistono dei problemi sociali da cui sfugge o a cui cerca soluzione attraverso il gioco;
2. il giocatore patologico in cui la dimensione del gioco è ribaltata in un comportamento distruttivo che è alimentato da altre serie problematiche psichiche;
2. il giocatore patologico impulsivo/dipendente in cui i gravi sintomi che sottolineano il rapporto patologico con il gioco d'azzardo sono talvolta più centrati sull'impulsività e altre volte sulla dipendenza.

Un giocatore veramente dipendente è una persona in cui l'impulso per il gioco diviene un bisogno irrefrenabile e incontrollabile, al quale si accompagna una forte tensione emotiva ed una incapacità, parziale o totale, di ricorrere ad un pensiero riflessivo. Lo stato mentale di un giocatore patologico è pertanto estremamente diverso da quello di un giocatore anche assiduo non patologico e si caratterizza per il raggiungimento di uno stato simile alla sbornia, con una modificazione della percezione temporale, un rallentamento o perfino blocco del tempo, che nasce da una tendenza a raggiungere uno stato alterato di coscienza completamente assorbiti, fino ad uno stato di estasi ipnotica, dal gioco.

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è una delle prime forme di "dipendenza senza droga" studiate che ha ben presto attratto l'interesse della psicologia e della psichiatria, ma anche dei mezzi di comunicazione di massa, al punto che si continua spesso a riparlare in relazione alle sue conseguenze piuttosto serie sulla salute ed in particolare sull'equilibrio mentale che questo tipo di problema è in grado di produrre. Nella ludodipendenza il vero senso del gioco, attraverso cui si può costruire e scoprire il Sé completamente ribaltato per trasformare la cosiddetta "oasi della gioia" in una "gabbia del Sé", fatta di schiavitù, ossessione, ripetitività. La dipendenza da gioco può essere paragonata a quella dalle sostanze, gli utenti giocatori che troviamo al SerD raccontano vissuti identici a quelli degli eroinomani: la dipendenza dà sempre la stessa sensazione. In questi casi ci si può rivolgere a diversi servizi come il SerD (servizi per le dipendenze patologiche), SMI (servizi multidisciplinari integrati), gruppi AMA, servizi sociali comunali, sportelli- CPA, medici/ MAP.

Tutte le prestazioni sono gratuite e gli operatori sono vincolati al segreto professionale. È difficile che la richiesta di aiuto venga direttamente dai giocatori, ma solitamente sono i famigliari a fare richiesta.

Dove dobbiamo puntare per prevenire?

Dobbiamo operare a 360° perché il fenomeno è talmente complesso, articolato e sono talmente tante le variabili e i contesti in gioco; dalle scuole, alle parrocchie, alle banche, alle forze dell'ordine. Bisogna muoversi su diversi livelli:

- Prevenzione universale (con l'obiettivo di evitare che le persone sviluppino un comportamento di gioco patologico. Sono interventi fatti prevalentemente a scuola)
- Prevenzione selettiva, quindi individuare gruppi a particolare rischio e organizzare interventi mirati. Oggi il gioco d'azzardo è un fenomeno trasversale quindi bisogna capire che tipi di attività promuovere.

- Lavoro nella comunità cioè nelle scuole, oratori, banche, con la polizia locale e via dicendo coinvolgendo tutti i soggetti del territorio con lo scopo di formare i moltiplicatori e gli attori dell'azione preventiva.
- Interventi regolamentativi e di contrasto, omogeneizzare i regolamenti di ambito per creare un impatto forte dal punto di vista dell'intervento di contrasto, attraverso una regolamentazione degli orari per evitare un nomadismo dei giocatori.
- Interventi ambientali e di contesto, lavorare, ad esempio, con i gestori dei locali/sale slot perchè inseriscano elementi protettivi nell'ottica di riduzione del danno (come la rimozione delle tendine oscuranti che renderebbe l'idea del tempo che passa e che si passa all'interno di un locale/sala slot).
- Campagne di sensibilizzazione: male non fa ma non è ciò che risolve il problema.

Servizi psichiatrici

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) rappresenta quell'insieme di enti adibito alla prevenzione, diagnosi e trattamento dei disturbi mentali, che vengono compresi all'interno delle malattie croniche. Tale dipartimento si articola in:

- CPS (Centro Psicosociale): la regione Lombardia ha stabilito che il CPS è la regia del progetto di presa in carico. Si può accedere ad esso direttamente oppure su invio del medico di base ed è collocato al di fuori dell'ospedale;
- SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura): generalmente il paziente che, dopo essersi recato in pronto soccorso, accede a questo servizio, presenta una profonda sofferenza (a volte è un esordio psicotico). Qui ci si occupa di diagnosi, di cura e della messa a punto di una terapia efficace, che punti alla riabilitazione e non alla psichiatrizzazione (è molto importante fare attività e socializzare, in quanto è terapeutico interagire, comunicare, spezzando così l'isolamento);
- Centro diurno: si tratta di una riabilitazione semi-residenziale, che punta all'autonomia;
- Comunità: è una riabilitazione residenziale che coinvolge circa una decina di persone per un lungo periodo. Spesso questa soluzione radicale viene presa per staccare il paziente da situazioni familiari disadattive;
- Appartamenti protetti: è una soluzione alternativa in cui l'operatore è poco presente (solo qualche ora al giorno) e che coinvolge quattro o cinque persone, che continuano comunque a essere seguite dall'équipe.

In questa realtà, sono presenti le seguenti figure professionali: il medico, lo psicologo, l'assistente sociale (si occupa sia della parte finanziaria, cioè delle condizioni di vita del paziente, sia di interventi di comunità, ovvero di trovare la residenza più adeguata alla situazione particolare), l'infermiere, il tecnico della riabilitazione (si tratta di una figura poco conosciuta, di una professione nuova che mira a valorizzare l'importanza della riabilitazione, del re-inserimento e del contatto sociale) e, infine, l'educatore.

In particolare, il servizio che viene garantito dai CPS comprende la prevenzione, la diagnosi, la cura e l'eventuale reinserimento sociale di pazienti con patologie mentali. Si

procede dunque a visite psichiatriche ambulatoriali e a domicilio, prescrizione e somministrazione di farmaci, assistenza presso centri e strutture specializzate, consulenza psicologica ai pazienti e alle loro famiglie, assistenza presso gli ospedali.

Il malato psichico oggi è timoroso dello stigma e deve fare i conti con un concetto di normalità da cui si sente escluso per i suoi disagi. In particolare, in occasione del Convegno su *“Lo psicologo nel Servizio Sanitario Nazionale - una professione che interroga l'attualità”* si è riflettuto sulla responsabilità e sul coinvolgimento che il ruolo di psicologo inevitabilmente comporta nel momento in cui cerca di incontrare le esigenze dell'utenza con cui si rapporta. L'utente si presenta nel servizio per rimuovere un sintomo, che comporta conseguenze difficili da gestire nella propria quotidianità e nel rapporto con i familiari; spesso egli non riconosce il disagio, ma sono le persone vicine ad insistere per cominciare una relazione terapeutica con uno psicologo. La cura offerta dai servizi si caratterizza come risposta altamente de-soggettivante: l'istituzione non risponde al malessere in modo custodialistico, ma colludendo con le richieste di trasformazione e di eliminazione dei sintomi proposte dall'utente.

Lo psicologo si occupa di:

- Colloqui psicologici: psicodiagnostici, di sostegno, motivazionali;
- consulenza (e filtro);
- psicoterapia;
- percorsi individuali e di gruppo con le famiglie;
- formazione del personale;
- interventi riabilitativi (individuali e di gruppo);
- promozione di formazione e sensibilizzazione sul territorio.

Gli utenti di cui ci si occupa nel Dipartimento possono avere:

- sindromi schizofreniformi (considerando comunque che gli esordi schizofrenici ormai sono pochissimi);
- disturbi dell'umore;
- disturbi della personalità;
- gravi nevrosi (fobie, attacchi di panico, nevrosi ossessive, ecc.).

Gli interventi, a loro volta, si suddividono in:

- consulenza: 2/3 incontri all'anno (con il medico e/o lo psicologo), finalizzati a creare una motivazione per farsi seguire;
- assunzione in cura;
- presa in carico: a differenza di quanto accade in altri reparti ospedalieri, la persona viene seguita, conosciuta negli anni sempre dallo stesso operatore e dalla stessa équipe. È inoltre prevista la formulazione di un programma, di un progetto personalizzato, scritto e inserito in cartella.

Nel caso di situazioni di particolare criticità, può verificarsi la necessità di obbligo di cura, che, concretamente, si può tradurre in un ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio: il medico convoca il paziente per valutarne lo stato e le scelte da adottare di conseguenza) ed eventualmente, in un momento successivo, in un TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio).

Ma ciò che caratterizza questo contesto e ciò a cui bisogna dare priorità è la *relazione*, come elemento terapeutico (per tutti gli operatori, a maggior ragione per lo psicologo,

che deve farne il suo punto di forza), e il lavoro in équipe. È infatti indispensabile l'apporto di figure professionali molto diverse che si incontrano, si parlano, si confrontano, prendono decisioni, fanno verifiche periodiche e mettono in circolo/integrano le informazioni, le conoscenze e le competenze: più complessità c'è, maggiore è il bisogno di molti occhi e di molte menti. Ciò deve avvenire non solo all'interno dell'équipe, ma anche con i servizi presenti sul territorio (privato sociale, cooperative sociali, centri diurni, comunità, SIL, associazioni, volontariato).

Fondamentale in CPS è il lavoro in équipe, che permette di ragionare sui singoli soggetti dal punto di vista del medico, dello psicologo, degli infermieri e degli assistenti sociali.

Una delle prime cose da valutare nel momento in cui un paziente giunge in CPS è l'invio e la sua motivazione al trattamento. Molti pazienti giungono al Centro Psico Sociale in seguito ad un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), oppure ad un Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO), in cui il soggetto viene prelevato dalla propria abitazione dalle forze dell'ordine, per sottoporsi alle cure mediche necessarie. Procedure di questo tipo hanno il carattere dell'obbligatorietà, motivo per cui i pazienti non sono minimamente motivati a ricevere aiuto dagli operatori. Il ruolo dello psicologo, in questi casi, è di incentivare il paziente, mediante la costruzione di una relazione efficace, ad affidarsi agli operatori, in modo da motivarlo positivamente al cambiamento.

Con la riforma sanitaria si è introdotta anche la figura del *Case Manager*, il quale, all'interno del CPS, deve fare da tramite con le diverse situazioni e riferire in équipe: dato il buon rapporto e la sintonia con il paziente, prevalentemente è un ruolo che viene assunto dall'infermiere, ma può essere svolto anche dal medico o dall'assistente sociale, raramente dallo psicologo. Tale figura professionale subentra, laddove l'équipe lo ritenga necessario, in casi particolarmente complessi, per i quali viene formulato un PTI (Piano Terapeutico Individuale), ovvero un progetto terapeutico che include i vari trattamenti, le decisioni prese/da prendere e gli obiettivi prefissati da verificare periodicamente.

Tornando al secondo termine del titolo che contestualizza il tema del paragrafo, per povertà intendiamo tutte quelle condizioni caratterizzate da una riduzione drammatica delle *capabilities*, ovvero delle capacità di orientare le azioni al conseguimento dei propri obiettivi e di utilizzare pienamente le proprie risorse personali e sociali per raggiungere i propri scopi di vita. La povertà dunque è inevitabilmente in rapporto al progetto di vita e di insediamento sociale.

Le povertà costituiscono pertanto una cronicità sociale, una dimensione in cui sono, a loro volta, immerse altre condizioni sociali, sanitarie, relazionali, culturali che ne fanno un contesto di difficile soluzione, in cui le vulnerabilità, le fragilità trovano poi una collocazione.

La psicologia e il teatro: incontro con Francesca Mainetti¹²

Francesca è un'attrice professionista e consulente di teatro; Jerzy Grotowski è stato uno dei suoi grandi ispiratori, regista teatrale polacco del Novecento. È ricordato per aver ideato una rivoluzionaria tecnica di formazione per gli attori; esponente del teatro

¹² Paragrafo tratto dall'elaborato di Valentina Lenzi

d'avanguardia creò la concezione di "teatro povero" che ispirò il cambiamento nell'approccio alla recitazione a lui successivo. Dopo la carriera di regista si ritirò per studiare "a porte chiuse" il training dell'attore e sul suo funzionamento fisico e psichico, a Pontedera (Pisa). Grotoski parlava di "arte come veicolo" ed è a questo che Francesca si ispira, nel suo lavoro teatrale in relazione alla salute mentale.

Grazie alla Legge n.180 del 1978 (ovvero la Legge Basaglia) cambia il modo di occuparsi della salute mentale in Italia, infatti, da un approccio ospedalizzato si passa ad un approccio di tipo territoriale.

In Lombardia, l'area della salute mentale include l'insieme delle attività orientate a promuovere la tutela della salute mentale e del benessere psicologico e a contrastare gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche possono causare.

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) istituito presso le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) è di norma articolato in:

- una o più Unità Operative di Psichiatria (UOP)
- una o più Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA),
- una o più Unità Operative di Psicologia (UOPsi),
- una o più Unità Operative dei servizi per le dipendenze (UOSD),
- Servizi dedicati alla disabilità

Le Unità Operative e i servizi dedicati alla salute mentale, alle dipendenze e alle disabilità attuano azioni di prevenzione, di valutazione multidimensionale dei bisogni, di presa in carico, di cura e riabilitazione promuovendo l'integrazione dei servizi, ospedalieri e territoriali, e garantendo la continuità dei percorsi di cura (Dipartimento di Salute Mentale e delle dipendenze DSMD).

Le unità operative di Psichiatria dispongono dei seguenti presidi:

- Centro psico-sociale (CPS): rappresentano il perno dell'organizzazione territoriale dell'assistenza psichiatrica in quanto struttura di primo accesso e luogo di coordinamento dei programmi di cura. In Lombardia sono attivi 91 CPS presso cui operano equipe multidisciplinari composte da psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali ed educatori.
- Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC): collocati all'interno degli ospedali, dispongono di posti letto dedicati alle situazioni di acuzie (per un totale di circa 800 posti letto a livello regionale)
- Strutture semi-residenziali/Centri Diurni: garantiscono trattamenti riabilitativi e risocializzanti durante le ore diurne
- Strutture residenziali: forniscono trattamenti in regime residenziale e si articolano in diverse tipologie a seconda della finalità prevalente (riabilitativa o assistenziale) e del grado di protezione garantito (presenza degli operatori sulle 24 ore, nelle ore diurne o per fasce orarie).

Complessivamente l'offerta residenziale è di circa 4.200 posti letto. In ambito residenziale sono inoltre attivi circa 600 programmi di residenzialità leggera, realizzati in strutture non vincolate all'accreditamento sanitario e caratterizzate da bassa intensità

Per accedere ai servizi di tutela della salute mentale è necessario rivolgersi al Centro Psico-Sociale più prossimo. L'accesso è diretto (come avviene per il medico di base), non

sono presenti costi aggiuntivi oltre al pagamento del ticket per i non esenti. I servizi sono operativi durante tutto il corso dell'anno.

L'associazione "Aiutiamoli a vivere"¹³

La fondazione "Aiutiamoli a vivere" è un'organizzazione non governativa, originariamente milanese ora estesa anche sul territorio bergamasco, che si occupa di salute mentale, oltre a lavorare sulla malattia si occupa anche dei famigliari degli utenti. Si occupa di salute attraverso vari progetti che includono una moltitudine di tematiche (e conseguentemente di progetti) riguardanti:

- L'alcolismo
- La fibrosi cistica ("Casa Princi")
- Bambini audilesi
- Bambini orfani attraverso la "Scuola fabbrica" o le "Vacanze lavoro"
- Ricerca attraverso il "Centro Studi"
- Supporto alle famiglie (Accoglienza temporanea terapeutica)
- Cooperazione con Rete Speranza
- Missioni all'estero: Ecuador, Congo e Palestina

Uno degli obiettivi di questa associazione è quella di creare una rete di famiglie che si aiutano a vicenda, infatti non si occupa solo di persone con qualche problematicità, ma anche del proprio nucleo famigliari, per metterli in contatto. Anche in questo caso è di fondamentale importanza il passaggio della centralità della patologia alla consapevolezza della centralità della salute. L'immagine di salute che ha tale organizzazione si fonda sull'idea che le persone non vadano solo soccorse, ma che essa sia un'opportunità per riprendere significato sociale, per essere incluse e rimesse in contatto con la propria comunità. Per far questo risulta di grande importanza liberare i luoghi connotati dallo stigma sociale che li rinchiude, ad esempio il CPS (Centro Psico-sociale) cambia il proprio nome da Ospedali Psichiatrici (OP) per sottolineare il fatto che essi si occupano del reinserimento sociale di persone affette da disturbi psichiatrici. Ma i buoni propositi non bastano, perché ben presto questi centri tornano ad essere luoghi "connotati". *Come si può evitarlo?*

Attraverso la contaminazione dei luoghi connotati con i luoghi di normalità; basterebbe evitare di rinchiudere le persone in spazi circostanziati, ma aprire questi stessi spazi a diverse attività, affinché si possano incontrare varie associazioni e persone appartenenti alla stessa comunità, non perché accomunate dalle stesse "problematicità". Ad esempio il Comune di Presezzo ha aperto un parco che ospita giovani adolescenti con disagio sociale, aperto a tutta la cittadinanza: l'idea di fondo è quella di prendere tali forme di disagio e immergerle in uno stato in cui si possano condividere assistenza e attenzione in luoghi non connotati e condivisi con spazi di normalità. L'obiettivo è quello che le persone, avvicinandosi con pretesti diversi, acquisiscano interesse sull'incontro con l'altro e che collaborino e si sostengano a vicenda: questo permette l'elaborazione di una rete, di un tessuto sociale, all'interno della quale la salute è condivisa.

¹³ Paragrafo tratto dall'elaborato di Valentina Lenzi

ATS e progetti di promozione della salute

I progetti attuati dall'ATS si focalizzano sulla prevenzione dei comportamenti a rischio e sulla promozione di stili di vita più salutari, ciò consente, secondo le linee guida nazionali e internazionali di agire sulla prevenzione delle malattie croniche. In particolare, a livello psicologico, è possibile agire sia su fattori socioeconomici (nello specifico sul supporto sociale, in quanto è stato dimostrato che le società più inclusive riducono la mortalità), sia sui fattori di rischio individuali modificabili (fumo, alcol, attività fisica, alimentazione, ecc.), causa delle malattie croniche (malattie cardiovascolari, tumori, malattie metaboliche, malattie respiratorie croniche, ecc.).

A questo proposito, l'ATS di Bergamo porta avanti i seguenti progetti:

- Rete WHP (luoghi di lavoro) e sperimentazione WHP Microimprese;
- Rete Città Sane (comuni/città);
- Rete Scuole che Promuovono Salute;
- Rete Smoking Cessation (strutture sanitarie e sociosanitarie);
- Programma Genitori Più (primi mille giorni di vita del bambino);
- Programma TAKE 5 (promozione salute mentale);
- Life Skills Training;
- Unplugged;
- Giovani Spiriti.

A titolo esemplificativo verranno brevemente esplorati due progetti: il Programma Genitori Più e il Programma WHP. Il primo è un Programma che, coinvolgendo gli operatori del "percorso di nascita" (Consultorio Familiare, Unità operative di Ostetricia e di Pediatria, Servizi vaccinali, Pediatri di Libera Scelta e così via) e i neogenitori, vuole offrire la possibilità di essere genitori più consapevoli, più informati, più sostenuti dai servizi sanitari relativamente ai determinanti di salute prioritari per il benessere e lo sviluppo del bambino.

Inoltre, il programma ha lo scopo di indirizzare gli operatori coinvolti nel percorso nascita, i neogenitori e la popolazione in genere, verso scelte di salute consapevoli e praticabili su determinanti di salute prioritari nei primi anni di vita del bambino.

I determinanti di salute individuati da questo progetto rispondono sostanzialmente a tutte le principali cause di morbilità e mortalità nei primi anni di vita. I fattori protettivi che caratterizzano lo sviluppo del bambino sono: assunzione di acido folico in epoca pre e perinatale, astensione da fumo e da alcol in gravidanza e allattamento, allattamento esclusivo al seno fino al sesto mese del bambino, disposizione del bambino in posizione supina ("a pancia in su") in culla, protezione del bambino in casa (incidenti domestici) e nel trasporto in auto (presidi di sicurezza), vaccinare il bambino con tutte le vaccinazioni proposte e offrire al bambino fin dai sei mesi di vita (o prima) e momenti di lettura ad alta voce. Attuare queste procedure aiuta a diminuire la possibilità che il bambino soffra di qualche malattia come cardiopatie, difetti del tubo neurale, Disturbo dello Spettro Fetale e così via. Inoltre, si vuole aumentare la copertura degli interventi efficaci e permettere a tutti i genitori, anche quelli che non hanno la possibilità economica, di usufruire delle strutture specializzate.

Invece il programma WHP, "Workplace Health Promotion", opera all'interno di luoghi di lavoro, come medie e grandi aziende. Secondo questo progetto un'azienda non solo deve

attuare tutte le misure per prevenire infortuni e malattie professionali, ma si deve impegnare anche ad offrire ai propri lavoratori opportunità per migliorare la propria salute, riducendo i fattori di rischio generali e soprattutto quelli maggiormente implicati nella genesi delle malattie croniche.

In particolare, si cerca di promuovere una alimentazione sana, l'attività fisica, la sicurezza stradale, il benessere personale e sociale, di contrastare l'uso di tabacco e alcol e, infine, di conciliare vita e lavoro.

Per questi progetti sono fondamentali la comunicazione e le équipes multi-professionali, che consentono di mettere insieme e di sviluppare professionalità diverse: si può essere interscambiabili, ma ognuno porta le proprie specificità, la propria visione, la propria impronta. Le questioni in gioco sono moltissime e, quindi, vengono convocate dimensioni professionali estremamente diverse che, contemporaneamente, sono chiamate a cogliere degli aspetti trasversali, che si affinano nel corso della frequentazione delle équipes e del lavoro.

Lo psicologo, che lavora in un servizio di promozione della salute, in realtà convoca competenze multiple, trasversali della psicologia (a differenza di altri servizi che impegnano prevalentemente un assetto formativo): in questo campo è molto importante essere proattivi e creativi.

Reti sociali di quartiere

Si tratta di un ambito molto diverso rispetto a quelli analizzati finora, il terreno di gioco è infatti la città, il quartiere, la comunità e il territorio.

Le reti sociali si sono costituite su impulso di alcune leggi di settore e sulla base di una sinergia tra pubblico e privato, ma, è solo a partire dal 1999 che alcuni gruppi di scuola (genitori) e, talvolta, alcuni oratori iniziarono ad aggregarsi, per trovare riposte in termini di prossimità (di vicinanza ai bisogni delle persone), e ad attivare una serie di interventi. È stata poi la chiusura delle circoscrizioni (2014) a dare la sponda all'amministrazione per valorizzare il capitale sociale presente nei quartieri. Sulla base di una logica di integrazione tra le risorse pubbliche e ciò che il territorio, i quartieri riescono a produrre (*welfare* di secondo livello, partecipativo), è stato perciò istituito il servizio delle reti sociali (2015), ulteriormente potenziato nel 2019.

Ma cosa sono le reti sociali? Sono gruppi di persone, di cittadini, afferenti a diverse realtà del quartiere, che si incontrano periodicamente (a cadenza mensile, per darsi un metodo e per avere la capacità di ritornare sulle questioni in maniera sistematica e costante) per cercare di mettere insieme i diversi sguardi, i punti di vista, le esperienze e la sensibilità di ognuno, ispirati da principi di partecipazione e condivisione. Il problema è che, tendenzialmente, ciascuno di noi ha uno sguardo segmentato e porta il proprio punto di vista, poi si tratta di fare uno sforzo di intelligenza collettiva su quei temi: non è facile mettere insieme cittadini che la pensano in modo completamente diverso, è un lavoro continuo di mediazione, di negoziazione tra prospettive differenti per cercare di convergere verso soluzioni condivise, aperte e connesse. Il minimo comune denominatore è costituito dall'attenzione al bene del quartiere, si lavora per migliorarne la qualità di vita (logiche di tipo trasformativo) e raggiungere gli obiettivi comuni. Lo scopo è la attivazione/promozione del bene comune, della coesione sociale, della corresponsabilità

(responsabilità diffuse e condivise), dei legami sociali e della inter-generazionalità all'interno dei quartieri.

In particolare, i potenziali interessi delle reti sociali sono l'educazione (la maggior parte delle reti sociali sono partite da questo tema e continuano a mantenere questo approccio, in quanto significa avere uno sguardo focalizzato sulle nuove generazioni, in raccordo con le agenzie educative che se ne prendono cura -scuola, oratori, associazioni che si occupano dei minori, ecc.), sicurezza, ambiente, salute, famiglia, spazi urbani, fragilità, cultura, tempo libero e coesione sociale. Tendenzialmente, ogni rete sociale non replica ciò che fa un'altra, ma individua, tra queste tematiche, quella più vicina a coloro i quali la interpretano e la partecipano.

Tornando al macro-tema iniziale, dobbiamo chiederci se in queste reti si parla di cronicità. A prima vista, potrebbe sembrare una richiesta spiazzante, ma, in realtà, una definizione di cronicità, intesa come duratura e insanabile situazione di disagio o di degrado, entra nella discussione delle reti sociali. Come viene letta questa cronicità nelle reti?

- Come indebolimento sociale: riguarda indistintamente tutti i quartieri;
- come isolamento e solitudine;
- come scivolamento verso condizioni di vulnerabilità e fragilità: è la progressiva assenza di reti amicali, familiari e professionali che porta a ciò;
- riguarda diverse categorie di persone (anziani, stranieri, poveri, ecc.).

Come possiamo rigenerare legami sociali/socialità all'interno dei nostri quartieri? È uno sforzo collettivo, che non può non fare i conti con il fatto che la tipologia familiare più rappresentata nella città di Bergamo è quella mono-componente (45%) e che questa percentuale sembra destinata a crescere ulteriormente.

Opera Bonomelli

L'Associazione Opera Bonomelli, in precedenza denominata Nuovo Albergo Popolare (NAP), è un ente che si occupa di fenomeni di grave marginalità. Si tratta di una realtà che raggruppa, al suo interno, sei comunità, di cui tre comunità accreditate ATS (alcol e multi-dipendenza, tossicodipendenza e cronicità) e tre comunità autorizzate ATS (accoglienza di persone dalla strada, di persone con disagio psichico grave e con disagio "generico"), che si occupano di offrire assistenza e aiuto, per permettere ai loro ospiti di recuperare l'autonomia e le capacità per costruire e realizzare un progetto di vita nel contesto sociale. L'Opera Bonomelli si pone dunque come un soggetto attivo nello sviluppo della comunità locale e promuove la sensibilizzazione (cercando di creare le condizioni per una ri-accoglienza occupazionale, abitativa e di appartenenza sociale delle persone) e la attivazione/realizzazione di progetti che hanno come scopo la coesione sociale e il benessere di tutti gli abitanti di un determinato territorio.

Lo psicologo qui si trova a lavorare in forte sinergia con l'équipe (composta da educatori con formazioni diverse, anche psicologiche) e si occupa principalmente di fare colloqui e gruppi. È chiaro che, in questa realtà, il *setting*, i contesti, gli spazi non sono quelli tradizionalmente concepiti come legati alla professione dello psicologo: per accogliere grandi marginalità e lavorare con loro, è molto importante vivere intensamente la dimensione comunitaria, del quotidiano e della relazione (ex: pranzare insieme).

Disabilità

Comune di Bergamo

Il Comune di Bergamo ha in carico circa 470 adulti e 320 minori con disabilità, che chiedono alla rete dei servizi una serie di interventi di natura molto diversa.

Il quadro di riferimento, sulla base del quale i servizi si muovono, contiene tre punti fondamentali, che consentono di costruire l'inclusione sociale:

- il progetto di vita della persona con disabilità nella comunità: il tessuto sociale deve essere inclusivo e deve consentire la costruzione di una presenza che non sia numerica e/o passiva, ma di vera e attiva cittadinanza;
- l'autonomia: l'inclusione deve rispettare le scelte di autonomia (le idee, i desideri sul proprio futuro, sul modo di vivere, sui luoghi e le persone da/con cui condividere) delle persone e/o del loro contesto familiare (nel caso in cui i soggetti non siano in grado di esprimere richieste o indicazioni riguardo a questo obiettivo). Autonomia significa anche indipendenza, perciò è necessario pensare per loro ad un progetto di vita che sia molto simile a quello delle persone che non hanno disabilità;
- l'occupazione: il lavoro non è soltanto una forma di sussistenza, ma è un modo di costruirsi un'identità nel fare qualcosa che sia riconosciuto come positivo dalla società. Spesso però accade che si preferisca pagare lo stipendio alla persona disabile pregandola di restare a casa, piuttosto che responsabilizzare l'azienda e il personale perché realizzino una concreta inclusione lavorativa. È un tema molto delicato su cui bisogna lavorare parecchio, in quanto in Italia abbiamo una legislazione ancora molto debole a tal proposito.

Gli elementi, che entrano in gioco nella costruzione di questo progetto di vita, fanno riferimento ai compiti specifici:

- dei servizi sociali dedicati alla cura delle persone più fragili della comunità;
- delle famiglie: bisogna lavorare per fare in modo che esse siano proattive nelle scelte (per sé e per i propri congiunti) e consapevoli della loro responsabilità e della loro forza sociale;
- del territorio: è particolarmente importante la co-progettazione con il terzo settore, cioè tutta quell'area di cooperazione, di coazione sociale finalizzata alla costruzione del progetto di vita sopraccitato (in tal senso, è esemplare il progetto che ha previsto la realizzazione di un appartamento per persone autistiche in centro Bergamo, in un luogo dove essi hanno una grande possibilità di costruire relazioni, di muoversi nel territorio, di essere cittadini al massimo delle loro potenzialità e di agire concretamente la cittadinanza, non solo per dichiarazione di intenti).

In questo percorso la presenza dello psicologo è fondamentale, il suo ruolo è ben definito, riconoscibile ed egli è insostituibile. È infatti indispensabile leggere le dinamiche personali, relazionali, sociali che hanno necessità di competenze particolari per essere comprese nella loro manifestazione ed evoluzione e, nello stesso tempo, per essere aiutate, guidate, indirizzate per evitare, ad esempio, delle situazioni molto conflittuali sia all'interno delle famiglie che delle realtà territoriali.

Questa figura, questa competenza è presente fin dalla nascita del bambino con fragilità (in alcuni casi anche prima della nascita): insorgono molte domande e bisogna consentire alla famiglia di vivere questa situazione nel miglior modo possibile.

Un altro passaggio importante è rappresentato dall'inserimento nei servizi educativi, cioè dal primo confronto reale della famiglia e della persona con disabilità con il resto del mondo: l'inserimento nell'asilo nido, nella scuola dell'infanzia, nella scuola elementare va accompagnato, affinché non diventi una situazione di crisi irrisolvibile, specialmente nei casi di disabilità complessa.

L'ente locale ha scelto di non usare un solo metodo, ma di affidarsi a molti metodi per poter così personalizzare il più possibile la risposta per il singolo soggetto: il progetto di vita non è un'etichetta, non è una risposta uguale per tutti. Un metodo ha delle caratteristiche precise, ha una sua applicazione corretta che deve essere rispettata: non esiste il metodo, esiste la persona ed è proprio su/con/per la persona che si lavora in équipe per costruire la realtà di vita per lei necessaria.

Nel momento in cui i bambini vengono inseriti nella scuola, vengono fatti degli interventi di aiuto, di guida anche con gli insegnanti; a questo proposito, ci si trova a scontrarsi con l'elevato *turnover* dei maestri di cui soffre la scuola italiana: è difficile fare memoria di ciò che è stato sviluppato e, per questa ragione, è estremamente importante che ci sia qualcuno che tenga un filo del lavoro, del percorso sulla persona e con la famiglia.

Infine, per quanto riguarda gli adulti, fino a poco tempo fa, quando un ragazzo compiva diciotto anni, spariva dalla circolazione, "guariva", oggi è invece finalmente attivo un servizio dedicato a loro.

Servizio operativo della disabilità adulta

Il servizio operativo della disabilità adulta della ASST Papa Giovanni XXIII interviene nel momento in cui la neuropsichiatria infantile non può più seguire i suoi ragazzi pazienti con disabilità, vale a dire al loro compimento della loro maggiore età. Fino a quel momento, infatti, grazie alla N.P.I. la persona con disabilità riesce ad ottenere delle agevolazioni nel suo percorso di studio a scuola, ma una volta raggiunti i 18 anni, essa non smette di aver bisogno di aiuti per la propria condizione personale; per queste ragioni l'intervento del servizio della disabilità adulta diventa di rilevanza capitale per queste persone: attraverso il servizio si cerca di richiedere e di ottenere l'invalidità civile, attraverso una quantificazione del deficit che permette di valutare la gravità della situazione del soggetto disabile (diverso è il caso di persone che sono già diagnosticate come autistiche, con sindrome di down, etc., le quale ottengono l'invalidità "di diritto", senza dover passare da questo specifico iter). Se viene raggiunto almeno il 46% di compromissione si accede all'invalidità civile, e, grazie alla legge 68, le persone disabili o fragili acquisiscono il diritto di accedere al mondo del lavoro per mezzo di agevolazioni. Questo compito del servizio della disabilità adulta risulta rilevante principalmente per ulteriori due ragioni:

a) I genitori non sempre presentano la domanda di invalidità civile dopo il ricovero del bambino in neuropsichiatria infantile poiché, comprensibilmente, inizialmente sperano in un possibile cambiamento per la condizione del proprio figlio (questa è una delle ragioni per cui, in alcuni casi, è importante lavorare anche con i genitori, accompagnandoli in questo percorso).

b) Questo passaggio è fondamentale anche per il benessere del singolo soggetto, poiché si è osservato che quando persone con difficoltà simili lavorano, la loro condizione generale migliora per il fatto stesso che queste persone si percepiscano come utili.

Per ciò che concerne l'organizzazione del servizio, esso risulta molto attivo sul territorio e si compone delle seguenti strutture:

- L'ambulatorio della disabilità, collocato all'interno del consultorio, in cui sono presenti una psicologa e un'educatrice professionali. In questo contesto, compito primario della psicologa è fare diagnosi, seguendo una check list che serve a valutare le capacità di autonomia dei soggetti.
- SFA (servizio di formazione all'autonomia), vale a dire una struttura per persone disabili con funzioni cognitive buone e, quindi, con diagnosi poco gravi.
- CSE, ovvero centri socio-educativi per soggetti disabili con media capacità cognitiva, in cui si lavora sulla loro autonomia.
- CDD (centri diurni per disabili), i quali forniscono uno spazio dedicato a persone disabili con capacità cognitive molto basse.
- RSA (residenze sanitarie assistenziali) dedicate ad anziano con disabilità.
- Centri dedicati a bambini autistici.

Questi ultimi sono molto importanti per il fatto che, ultimamente, l'autismo rappresenta una patologia in aumento in modo esponenziale, per la quale è fondamentale intervenire molto precocemente, il che permetterebbe alla persona autistica di imparare ad adattarsi più facilmente. Nello specifico, l'autismo si presenta come un disturbo del neurosviluppo, di cui ancora non si conoscono le origini, che crea problemi alle persone affette dal disturbo rispetto alle loro capacità di adattamento ai contesti e alle relazioni.

Associazione UILDM¹⁴

Riguardo a questo tema si è svolto anche un incontro con la progettista sociale dell'Associazione UILDM (Unione Lotta alla Distrofia Muscolare). Questa realtà si occupa principalmente di distrofia muscolare ma anche di altre disabilità motorie, favorendo sostegno e supporto alle famiglie, creando attività e progetti per la socializzazione e l'inclusione. Il tema dell'autonomia negli ultimi anni ha interessato notevolmente la disabilità, si parla di autodeterminazione proprio perché anche le persone con disabilità hanno il diritto di fare delle scelte in autonomia, ad esempio su dove vivere, con chi vivere, che lavoro fare, ecc. e prendersi la responsabilità di quelle scelte così come fanno tutti.

Fondamentale per favorire ciò sono i progetti di Vita Indipendente che vengono attuati con lo scopo di permettere alla persona con disabilità di poter vivere nella propria casa con le figure di supporto necessarie: ciò affinché venga salvaguardato il diritto di scelta, come quello di rendersi indipendente dalla famiglia d'origine ed evitare l'istituzionalizzazione.

¹⁴ Paragrafo tratto dall'elaborato di Serena Averara

La professionalizzazione dello psicologo

Partendo da quella che è una visione più allargata rispetto al tema della cronicità come fragilità diffusa che coinvolge non solo l'individuo ma l'intera comunità, vale la pena interrogarsi sul posizionamento dello psicologo della salute rispetto a queste domande e tensioni inedite.

Un tempo la psicologia si trovava ad avere a che fare con devianze e marginalità collocate su spettri sociali molto diversi e demarcati: erano settori marginali della popolazione, aree marginali dal punto di vista sociale e dal punto di vista del funzionamento psichico. Oggi assistiamo ad un rovesciamento, la vulnerabilità infatti riguarda circa il 75% della popolazione e la configurazione del disagio cambia profondamente: ai servizi la quantità di patologie affrontate nella *mission* tipica dei servizi psichiatrici (ex: psicosi, schizofrenie) resta stabile nel tempo, mentre invece assistiamo ad una esplosione di configurazioni patologiche come le depressioni, i disturbi di personalità e le situazioni *borderline* (Mazzoli, 2016). Questa domanda di psicologia, inedita e diversa, ci impone di riposizionarci: per intercettarla dobbiamo rivedere posizionamenti, modalità di intervento, rappresentazioni della professionalità e collocazioni nei *setting*.

Secondo Gino Mazzoli (2016), un nuovo lavoro di comunità deve diventare il nucleo centrale del *Welfare*. È perciò fondamentale intercettare questi nuovi vulnerabili immediatamente per co-generare e co-costruire insieme a loro, alle istituzioni e al terzo settore nuove risposte e nuovi servizi nella quotidianità. “Ciò non significa dimenticare gli ultimi, ma rappresentarsi che, lavorare per generare nuove risorse tra i vulnerabili significa creare un contesto più ospitale anche per gli ultimi” (Mazzoli, 2016).

Ciò che viene chiesto alla psicologia, in una società così complessa nelle sue dinamiche, è molto di più di un intervento su un utente che si caratterizza per un bisogno psicologico o un disagio psichico. Nella società attuale i ruoli sociali sono più mobili, le istituzioni sono più intrecciate e complesse e la questione di un corso di vita tracciato all'interno di una più semplificata traiettoria interistituzionale non ha più senso di esistere; la vicenda umana intreccia vicende istituzionali molto più complesse e di conseguenza si modifica anche la rappresentazione dello psicologo, che una volta agiva esclusivamente in un contesto di studio in un rapporto duale. Da questi presupposti è evidente prendere in considerazione la necessità di una rivalutazione della professionalizzazione: “*La gestione di un processo di professionalizzazione, peraltro, chiede attenzione non solo alle condizioni strutturali costitutive di una professione, ma anche alle condizioni di contesto entro cui una professione si trova a vivere*” (Bosio, 2004). La psicologia ha il compito di aprirsi ad una prospettiva più unitaria ed unificante, proponendo un punto di vista dalla quale si guardi verso la globalità. Esso coincide con il *punto d'osservazione*. Dunque, si passa da una prospettiva alla L. Battista Alberti con punto di fuga e un punto assoluto di osservazione ad uno “stile barocco”. Caratteristica principale è che l'oggetto barocco non si lascia descrivere entro la prospettiva, ma occorre seguirlo, vedere cosa c'è dietro perché piega, ha un'inflessione, e questa è ortogonale e perpendicolare rispetto al punto di osservazione. Questo punto privilegiato è importante perché individua un punto rilevante, che è la soggettività. Il barocco implica un soggetto che osserva da posizioni non prescritte, dunque la visione in sé non è l'unica possibilità di vedere l'oggetto. Ciò

significa che è possibile equiparare ogni prospettiva che diviene incommensurabile ed incomparabile. Secondo questa prospettiva un oggetto può essere visto da tanti punti di vista, ogni punto di vista descrive e puntualizza una soggettività. Quello che si chiede alla psicologia è analogo al riposizionamento dell'arte: essa deve chiarire agli operatori e a sé stessa che non deve demarcare il proprio territorio con un unico punto di vista assoluto, ma attenersi alla complessità del soggetto assumendo più punti di vista.

La domanda che sorge è *“Come fa la psicologia a mettere questo punto di vista in evidenza?”* e la risposta è il valore dello *stare* dello psicologo. Egli deve operare una rinuncia al potere e in secondo luogo deve porsi nella condizione dello *“stare”*, misurando il suo fare attraverso di esso. Lo psicologo deve stare in modo appropriato in base alle proprie competenze e capacità: deve sapersi inserire nei contesti in modo consono, non al fine di agire in qualche modo ma di essere disponibile a cogliere e riflettere il proprio posizionamento nei contesti in cui è chiamato ad inserirsi. Dunque, l'agire dello psicologo in primis è rivolto a sé stesso, disponendosi in una posizione d'ascolto, ovvero consentendo all'altro di ridefinire se stesso e la sua posizione all'interno del problema. Agire su di sé è un'azione complessa e sta proprio in questa complessità la caratteristica principale del lavoro dello psicologo, ed è in questo che si differenzia il suo lavoro rispetto ad altri: non posizionare l'altro ma partendo da un riposizionamento personale consentire all'altro di trovare una sua collocazione.

Il posizionamento normativo

Comprendere quali siano le traiettorie di professionalizzazione e il cambiamento che queste comportano sul piano della fisionomia professionale, risulta essere fondamentale in un processo di costruzione di un proprio profilo culturale e professionale. Questo implica anche il prendere in considerazione profondamente anche la prospettiva di come collocarsi all'interno degli scenari concreti che vengono via via rappresentati da questa serie di cambiamenti sociali e culturali, ma anche normativi e legali.

La Legge 56 del 1989, dopo otto anni di incubazione, va a definire quello che è l'ordinamento degli psicologi in Italia. La figura dello psicologo era stata inserita sotto la vigilanza del Ministero di Grazia e Giustizia, fino a gennaio 2018, Legge 3 (*“Decreto Lorenzin”*). Questa collocazione consentiva per certi aspetti di tenere insieme le due anime della psicologia, una più prettamente di carattere sanitario e una più umanistica. Anche il Ministero, peraltro, ha subito delle significative evoluzioni: dall'allora definizione di Ministero della Sanità, oggi ha preso in nome di Ministero della Salute. Questo non è un passaggio solo di nome e di etichetta, perché la presa in carico delle problematiche di salute delle persone è un qualche cosa di recente.

Al di là del fatto di essere inseriti nominalmente all'interno del quadro delle professioni sanitarie, quella psicologica è innegabilmente una professione che si dispiega in moltissimi domini, ma che preminentemente richiama su di sé l'importanza del suo ruolo all'interno delle questioni riguardanti la salute.

In Lombardia si stanno avendo una serie di movimenti rispetto alla professionalizzazione dello psicologo, quando Regione Lombardia ha attuato la riforma dell'organizzazione del

sistema sociosanitario (LR n.23/2015), l'ordine ha dato un parere favorevole. Inoltre, quest'ultimo ha partecipato anche ai lavori della Legge 15/2016, ovvero la legge che norma i dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze, dove si è definito che ci deve essere almeno una Unità Operativa di Psicologia in ogni ASST. Questo aprirebbe la possibilità poi, all'interno dei piani di organizzazione aziendali, di creare (anche in modo coerente con la *storia* e con la *cultura* del servizio) dei rapporti personali, delle spinte che ogni dirigente psicologo potrebbe avere per realizzare un'UO di psicologia. In regione Lombardia è stato inoltre costituito un coordinamento UOPSI, ovvero il coordinamento dei direttori delle Unità Operative di Psicologia; ad oggi, sono 22 le UO di Psicologia. Tuttavia, vi sono anche psicologi delle ATS che rimangono fuori da questo coordinamento; in aggiunta, c'è anche un grande universo che è il privato accreditato che ad oggi non viene coinvolto.

Un ulteriore riferimento che occorre tenere presente nel lavoro psicologico riguarda quello dei LEA, ossia i Livelli Essenziali di Assistenza, che hanno bisogno per la loro applicabilità di modelli organizzativi forti, perché vi è la necessità che ci sia una direzione a due livelli: il livello della trasversalità organizzativa, che quindi valuta l'*appropriatezza organizzativa*; il livello della trasversalità clinica, che consiste nell'essere in grado di far coesistere la *prevenzione* e la *cura*, avendo arricchendo la conoscenza delle forme di disagio psicologico e dei processi di cura con elementi sociali e di contesto, in applicazione di una visione globale sistemica dell'individuo e delle organizzazioni stesse proposte alla cura.

Il posizionamento rispetto all'oggetto e alle metodologie di intervento

La Psicologia della salute, l'APA (American Psychological Association) la inquadra come "*l'insieme dei contributi specifici scientifici, professionali, formativi) della disciplina psicologica mirati alla promozione e mantenimento della salute, alla prevenzione e trattamento della malattia e infine all'identificazione dei correlati eziologici, diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate*". (Bertini, 2010).

Il tema della cronicità sembra mettere in discussione la definizione classica di salute, per abbracciare una prospettiva più ampia di ben-essere, di condizione entro la quale il soggetto possa esercitare la propria autonomia, contro le infedeltà dell'ambiente (Guerra, 2003, Canguilhem, 1966).

L'autonomia è un grande vantaggio per gli esseri umani, poiché consente loro di reagire agli eventi della vita in base ai propri interessi, alle proprie competenze ed esperienze nell'ottica di un rapporto con la realtà totalmente disciplinato dall'individuo. È proprio l'autonomia a governare il rapporto con l'ambiente e le relazioni con gli altri esseri umani, tenendo in considerazione vincoli e risorse. "*L'autonomia deve essere sempre associata alla nozione di vincolo. È questa un'idea semplice ed essenziale che consente di pensare all'evoluzione e all'adattamento non nei termini di un ambiente che o direttamente o ponendo dei problemi causa le modificazioni dell'organismo, ma nei termini di una risposta autonoma dell'organismo ai vincoli posti dall'ambiente*" (Guerra, 2006). Ciascuno è autonomo nella propria modalità soggettiva di rapportarsi ai vincoli. Tuttavia, "*il vincolo è anche opportunità: non si impone semplicemente dall'esterno - hanno*

osservato Ilya Prigogine e Isabelle Stengers - a una realtà esistente prima di tutto, ma partecipa alla costruzione di una struttura integrata e determina all'occasione uno spettro di conseguenze intellegibili e nuove" (Ceruti, 1986). In altre parole, il vincolo offre la possibilità ad ogni soggetto di esprimere la propria capacità di costruire un mondo, in piena autonomia. Il rapporto vincolo-autonomia, tuttavia, non può prescindere dalla relazione con l'altro: la struttura dell'autonomia personale esige che la persona sia "relazione".

È stato inoltre messo in evidenza come gli oggetti di intervento abbraccino diversi piani e livelli in una prospettiva di complessità: dal singolo alla famiglia, dal piano individuale a quello comunitario, dal piano soggettivo a quello organizzativo e istituzionale.

Alla luce di quanto emerso risulta evidente come la psicologia si inserisca all'interno di una dimensione complessa che non si esaurisce nella relazione tra professionista e destinatario della propria azione e del proprio intervento. È necessario cogliere e favorire il posizionamento della soggettività degli attori chiamati in gioco, all'interno dei propri contesti culturali che evolvono e cambiano di continuo. Canguilhem (1966) vedeva l'adattamento come capacità dell'organismo di porsi in posizione dialogica con il proprio ambiente. La psicologia ha la necessità dunque di orientarsi alla continua rivisitazione dei propri confini: *"una psicologia orientata al cambiamento, una psicologia di confine, situata nei luoghi in cui ciò che è istituito, e che in parte istituisce, si confronta con ciò che travalica l'ordine costituito, non può infatti che porre, in quest'ottica, anche sé stessa come oggetto di analisi"* (Braibanti, 2015).

L'obiettivo diventa lo sviluppo delle persone, dei gruppi, delle comunità, in una visione attenta alle dinamiche intra e intersistemiche in cui le vicende di questo sviluppo prendono forma; questa visione deve essere accompagnata dalla consapevolezza che, nella realizzazione di ogni progetto, professionisti e utenti sono coinvolti in un processo continuo di co-costruzione, pur nella rigorosa distinzione dei ruoli.

La promozione della salute, *"partendo da una valutazione globale dell'individuo e del suo contesto sociale, si muove nell'ottica di sviluppare le risorse, di promuovere modificazioni più globali nel modo di rapportarsi alla propria salute e alla vita più in generale, da cui possano scaturire, un po' come naturali evoluzioni, modificazioni nei comportamenti indesiderabili nei diversi ambiti"*. (Solano, 2013).

Lo psicologo è chiamato a fare un salto:

- dal dato oggettivo alla soggettività;
- dal singolo individuo al contesto;
- dal bisogno intercettato alla domanda (le domande vanno sempre esplorate);
- dalla richiesta di aiuto alla rilettura della domanda (rispondere al vero bisogno della committenza);
- dalla focalizzazione sulla patologia (l'individuo coincide con la sua malattia) a uno sguardo alla dinamica nella sua complessità. Il lavoro dello psicologo si caratterizza proprio per il fatto che ha a che vedere con la lettura della complessità.

In questa prospettiva, lo psicologo non deve porsi come colui che impone una norma, come colui che offre soluzioni ideali, preconfezionate e le impone al soggetto (ricondurre il paziente deviante ad *ortos*, ad una condizione di presunta normalità considerata

socialmente ottimale), ma è l'individuo autonomo (una persona pienamente funzionante, una *person-in-process*, un viandante) e co-titolare della cura e della salute (*psychological ownership*) a lavorare, trasformare, costruire la propria presenza e a riposizionarsi, perseguendo così degli obiettivi di sviluppo (Bertini, 2012). *Una psicologia della liberazione che promuova l'empowerment delle persone e quindi la loro partecipazione al controllo sulle proprie vite e sui processi della comunità di appartenenza, può portare gli individui a essere in buona salute (Braibanti, Strappa, & Zunino, 2009), a essere costruttori di valori (Canguilhem, 1966).*

Quanto detto finora vale ovviamente anche per il servizio sanitario, in questo ambito lo psicologo ha come compito primario quello di comprendere quali siano la cultura, l'ideologia, le gerarchie di valori, di aspettative, di obiettivi di una determinata organizzazione. Anche i gruppi sociali infatti hanno la loro autonomia e, dunque, si costruiscono secondo certe norme di funzionamento e il nostro dovere, in quanto psicologi, consiste, prima di tutto, nel comprendere e mettere in discussione come funziona quella organizzazione/quel servizio e a quali norme risponde un certo comportamento. Quello che viene chiesto allo psicologo è di intervenire, di collocarsi all'interno della tensione tra il dispositivo del soggetto nel processo di cura e il dispositivo del processo di cura presso il soggetto (e l'istituzione in questo rapporto).

Lo psicologo della salute deve porsi in una modalità consulenziale, non collusiva di fronte a questi compiti inediti:

a) Agganciando, mediante modalità non tradizionali i cittadini e scegliendo degli oggetti di lavoro circoscritti, utili (ad esempio: come trasformare una situazione di disagio di un bambino in affido in un intervento che vada a lavorare con la famiglia affidataria, con la famiglia naturale, con il minore e con la rete in cui il bambino è inserito, affinché egli possa poi ritornare nella sua famiglia e affinché entrambi i nuclei possano trarre giovamento da questo tipo di intervento? Lavorando perché l'evento affido diventi una modalità con cui una comunità si prende cura di qualcuno che in questo momento vive una fase di fragilità) e non stigmatizzanti e proponendo questi ultimi con creatività;

b) sollecitando le persone ad assumere posizioni attive (rispetto ai problemi e agli oggetti di lavoro che hanno co-costruito insieme allo psicologo) e collaboranti all'interno di gruppi di lavoro (le difficoltà di ognuno vengono assunte da tutti, *versus* frammentazione sociale e risentimento). All'interno di questo contesto sono indispensabili: la costruzione di un clima di fiducia, la riflessività (pensare dentro al fare) e l'allestimento di laboratori partecipativi volti a generare delle risposte ai problemi e dei progetti sociali. *“Il nostro obiettivo è quello di costruire collaboratori in grado di fronteggiare in modo sempre più autonomo l'aumento esponenziale di problemi che attraversano la società”* (Mazzoli, 2016): lo psicologo è quindi chiamato ad assumere una funzione facilitante, favorendo l'autonomia e l'assunzione di responsabilità;

c) impegnando il lavoro psicologico nella manutenzione, ridefinizione e manutenzione di nuove forme di vita sociale più accoglienti e inclusive affinché durino nel tempo (Mazzoli, 2016).

In quest'ottica appare fondamentale imparare ad incontrare l'altro in modo autentico nella sua pienezza, a utilizzare i quadri diagnostici e le teorie come risorse e non più come strumenti difensivi dietro cui barricarsi, a essere creativi.

Gli interventi dovrebbero mirare a produrre degli effetti (consentire una ri-equilibratura in un modo diverso), a perturbare (in modo sufficiente, non traumatico) e a mettere in movimento l'altro (trovare qualcosa che l'altro può utilizzare). Siamo di fronte ad una modalità auto-poietica di sollecitare, di dare occasione al soggetto di costruire un nuovo equilibrio.

Entro questa prospettiva un'attenzione particolare deve essere data al contesto entro il quale si definisce e co-costruisce l'intervento psicologico.

La psicologia si configura dunque come un serbatoio di conoscenze e competenze che devono essere definite, intrecciate, situate in riferimento al contesto in cui ci troviamo. Quali sono i nuovi ruoli della psicologia e che caratteristiche presentano rispetto a questa articolazione? L'apparizione di nuove figure professionali è comprensibile solo se si considera, con uno sguardo più allargato, l'evoluzione complessiva della società, non specificatamente intrinseca allo sviluppo della nostra disciplina: per capire e interpretare i nuovi ruoli, bisogna avere ben presente cosa sta accadendo per quanto riguarda l'evoluzione dei rapporti di potere e l'impatto delle trasformazioni sociali nella definizione del ruolo dello psicologo (es. introduzione delle nuove tecnologie nei contesti lavorativi). Se gli psicologi non entreranno in dialogo con questi problemi e se non daranno le risposte, ci penseranno altre figure professionali che metteranno in campo, ovviamente, delle attrezzature teoriche e pratiche molto diverse. Questi sono spazi di lavoro per gli psicologi, se saranno in grado di coglierli, di comprenderli e di capire come potervi intervenire.

Esiste poi un conflitto tra i ruoli più tradizionali e quelli nuovi, soprattutto sul piano delle strumentazioni che gli ultimi possono acquisire. Il rischio è che, in mancanza di una riflessione e dello sviluppo di una attrezzatura teorica pertinente, il ruolo/valore della figura professionale dello psicologo si svilisca e finisca per diventare una figura generica. È pertanto fondamentale identificare lo specifico e il valore dell'attività dello psicologo: che valore aggiunto può portare l'intervento psicologico nell'affrontare certe questioni problematiche?

La messa a punto di un progetto professionalizzante soddisfacente può avvenire soltanto sulla base di un pieno riconoscimento di un nuovo paradigma professionale (Bosio, Lozza, 2018).

Al di là dei ruoli "classici" e consolidati rivestiti, gli psicologi sono chiamati oggi a coprire una varietà di nuovi posizionamenti emergenti, sventando così il rischio che siano altre istituzioni, altre realtà, altre figure a rispondere a questa urgente chiamata e alle esigenze del nostro tempo, delle nostre comunità.

Occorre chiedersi quali siano le competenze da giocare in questi nuovi contesti, in questi nuovi mondi professionali. A questo proposito, è sicuramente molto importante:

- Investire sulla orizzontalità (sulle reti, sui confronti, sulle contaminazioni tra i pari, *versus* verticalità) e, per lo sviluppo di un posizionamento, sulla dimensione della ricerca;
- Negoziare, attivare, esplorare attivamente la propria presenza: sempre di più ci si trova a lavorare in setting inediti, aperti che convocano competenze, saperi, potenzialità diverse e inedite da esplorare.

- Avere una visione trans-disciplinare/trans-settoriale: nei mondi professionali è difficile lavorare in termini mono o inter-disciplinari (anche laddove le apparenze sembrano andare in questa direzione), soprattutto per quanto riguarda i sistemi sanitari, il *welfare*. È perciò fondamentale per lo psicologo essere in grado di integrarsi, di interfacciarsi con altri tipi di competenze che provengono da altre discipline, in quanto la psicologia è multi-componenziale e, di conseguenza, richiede multi-competenze: ecco spiegata l'importanza di una visione trans-disciplinare, di un incontro tutt'altro che lineare. Nei sistemi sanitari non solo il nostro statuto deve dialogare con dei profili professionali differenti dal nostro, ma anche con attori molto diversi (gli *stakeholder* pubblici/privati, portatori di una domanda, la pubblica opinione, i regolatori di ordine pubblico, l'attività legislativa).
- Sviluppare *networking* e *community* professionali: è più che mai necessario sottolineare l'importanza delle esperienze, degli scambi intra e interprofessionali.
- Porsi in relazione alla sofferenza dell'altro con un fondamento di 'epistemologia dell'ignoranza', ossia consapevole che del problema e della sofferenza dell'altro non sa nulla. Lo sgomento dello psicologo dinnanzi alla sofferenza mette a contatto con la peculiarità di ogni singolarità, e consente di esercitare l'ignoranza (non conoscenza) costruendo con l'altro una conoscenza che diventi disponibile e che contemporaneamente arricchisca.

Per realizzare ciò vi è la necessità di individuare strumenti di ricerca e di intervento che si focalizzano sulla soggettività che sovverte gli ordini da "particolare-universale" a "singolare verso plurale". Si passa dunque da "oggetto di studio", empiricamente misurabile e scomponibile nelle sue qualità empiriche a una prospettiva soggettiva/personalizzante poiché ogni soggetto è unico nel proprio genere. Dunque, il nostro "oggetto" è in realtà un "soggetto libero e responsabile" della propria vita e dunque della propria salute e del proprio benessere.

Quando ragioniamo in una logica di psicologia della salute, la partecipazione delle persone alle attività di ricerca (cioè ad un processo di conoscenza che li riguarda e li chiama in causa) è certamente rilevante e si configura come un valore aggiunto (essere soggetti attivi *versus* soggetti passivi di un processo). Dall'altro lato, è però necessario tenere conto del fatto che le persone portano il loro punto di vista parziale, le loro esigenze parziali e i loro modi, che non sono scientifici, di affrontare un problema, un fatto che si scontra con il nostro bisogno di scientificità.

Le scienze umane devono diventare consapevoli del fatto che nella ricerca scientifica non è mai possibile dissociare le osservazioni dell'osservatore dalle dinamiche sociali. La sola osservazione muta queste dinamiche. La rilevazione scientifica è una pratica trasformativa e, appunto perché trasformativa, è un metodo che deve essere inserito nelle pratiche fondanti della salute.

Le metodologie devono cogliere le dinamiche e permettere agli psicologi di diventare essi stessi ricercatori sociali, rompendo la separazione tra oggetto e soggetto di ricerca.

La psicologia della salute deve avere come oggetto la trasformazione sociale, lasciarsi coinvolgere da essa e coinvolgere gli osservatori come attori della trasformazione stessa.

Una questione di fondo della psicologia riguarda il dibattito tra la dimensione qualitativa e quantitativa.

La ricerca qualitativa consente di dare spazio di partecipazione e parola alle persone (collaborazione fin dalla costruzione della domanda di ricerca) e, allo stesso tempo, di trovare quegli elementi rigorosi che interessano agli psicologi in una logica di ricerca.

A titolo esemplificativo verranno qui riprese alcune ricerche che consentono di trarre alcune riflessioni rispetto all'acceso dibattito tra ricerca qualitativa e quantitativa:

Nel caso dell'articolo "*It's as if PCB didn't exist: The illness experience of women affected by primary biliary cirrhosis*" (Montali, Frigerio, Riva, & Invernizzi, 2011), la domanda di ricerca riguardava un gruppo di donne che hanno una particolare, rara e autoimmune malattia cronica, la colangite biliare primitiva. La causa precisa di tale patologia non è nota, sono però implicati dei fattori genetici e dei fattori ambientali (es. interazione dell'organismo con agenti infettivi, terapie ormonali sostitutive). Si tratta di una malattia tendenzialmente asintomatica (nella metà dei casi viene diagnosticata casualmente nel corso di altri accertamenti) che, solitamente, emerge tra i 40 e i 60 anni e che potrebbe avere o non avere una particolare evoluzione di tipo negativo. Un piccolo gruppo di pazienti ha come sintomo rilevante il prurito, un altro gruppo ha come sintomo, per loro significativo, la fatica (una fatica, per altro, difficile da localizzare e aspecifica), che, così come il dolore, è pienamente soggettiva, invisibile ed è una condizione molto comune.

Secondo la letteratura, queste pazienti dovrebbero sentire fatica, ma, in questo caso, i questionari somministrati rilevano dei valori molto bassi: per quale ragione?

Nello specifico, la ricerca si è servita di uno strumento quantitativo (andare a vedere come le pazienti si posizionano rispetto alla letteratura) e di uno strumento qualitativo (le pazienti raccontano la loro esperienza di malattia: cosa è successo quando hanno scoperto di essere ammalate, se e quale impatto la malattia ha avuto sul loro lavoro, sul sistema di relazioni, sulla loro prefigurazione di sé nel futuro e sul modo in cui avvertono i loro sintomi).

I risultati del questionario hanno permesso di rilevare che la fatica è effettivamente più bassa di quella dichiarata in altri contesti. Il modo in cui parlano della loro fatica ha fatto emergere invece la loro difficoltà a convivere con una malattia così ambigua, così scarsamente definita: la loro sofferenza non ha un'identità e, forse, nemmeno una dignità. Il discorso medico e la diagnosi possono infatti conferire una dignità alla sofferenza: scoprire di patire per qualcosa che appare chiaro agli occhi degli esperti e che ha dei confini netti, rende più facile capire cosa stia succedendo e chiarisce, a sé e agli altri, la causa del proprio stare male.

“Non so se sento fatica. Cioè sì, sono affaticata, ma lavoro e poi a casa mi devo occupare della mia famiglia, delle faccende domestiche ecc.”, “Ma quale fatica, stai benissimo!”: il contesto sociale (famiglia, medici, lavoro, amici) delegittima questa malattia e normalizza/minimizza/non prende sul serio la fatica (“guarda quante cose che fai”) e ciò insinua in queste donne il dubbio “ma allora sono davvero affaticata?”. In parte ciò viene fatto a fin di bene, pensando di aiutarle e cercando di dare loro forza, in parte per mantenere l'assetto di potere e i ruoli di genere convenzionali (devono occuparsi sia della loro vita professionale sia delle pratiche di cura, tipicamente femminili). Le donne

interiorizzano queste aspettative minimizzando gli effetti distruttivi della loro malattia per paura di essere rifiutate e per paura di perdere il loro tradizionale ruolo sociale.

Questi risultati mostrano che le dimensioni sociali della malattia e l'esperienza corporea sono in una relazione di influenza reciproca: le percezioni della stanchezza e dei sintomi non possono essere studiate e comprese senza analizzarne le implicazioni sociali.

Esplorare l'esperienza di malattia non consente di trovare una soluzione alla domanda (perché queste donne sentono meno fatica?) o una risposta definitiva, ma permette di problematizzare questa fatica.

Il sintomo viene costruito dentro contesto sociale: gli altri ti aiutano a leggerlo e a dargli un certo significato, un certo valore. Ecco allora che la ricerca qualitativa ci aiuta a collocare un singolo evento (in questo caso, la malattia) dentro il sistema di significati e di esperienze che permette alle persone di costruire, di dare senso a quell'evento. La malattia non si configura più solo come qualcosa di oggettivo, ma anche come un fatto psicologico, in primo luogo perché il significato di quell'episodio è qualcosa che inscriviamo dentro la nostra esperienza di vita.

La ricerca qualitativa aiuta quindi ad avere consapevolezza dei processi attraverso cui questo lavoro di attribuzione di senso avviene, consapevolezza di come e quali significati le persone attribuiscono rispetto alla loro malattia. Tutto ciò è molto importante per il medico, specialmente per costruire la relazione con il paziente.

È chiaro che la malattia non si esaurisce nell'etichetta diagnostica e nella sua terapia, ma ha anche una funzione trasformativa della vita;

L'articolo "*An Ethnographic-Discursive Approach to Parental Self-Help Groups: The Case of ADHD*" (Frigerio, Montali, 2016) affronta invece la questione relativa a come i genitori gestiscono la diagnosi di ADHD dei figli. Questa diagnosi oggi sembra scontata, ma in realtà si tratta di un disturbo psichiatrico relativamente recente e contestato fino a pochi anni fa, in quanto il principale farmaco utilizzato è ancora oggetto di discussione e il contesto si presenta come stigmatizzante (ex: c'era/c'è una credenza secondo la quale la causa dell'ADHD risiede nell'incapacità dei genitori di educare il figlio).

Il tema della partecipazione delle persone, in questo caso, si è posto in modo completamente diverso: i ricercatori sono partiti infatti da un proprio interesse di ricerca e il problema era trovare, in tale contesto, qualcuno che maneggiasse questo problema nella vita reale e che andasse loro incontro. In particolare, si è trattato di andare a vedere concretamente, all'interno di associazioni con gruppi di auto/mutuo aiuto di genitori, le dimensioni del problema che vengono raccontate e come le persone trovino nel gruppo una risorsa che li aiuta ad affrontare/risolvere le questioni che hanno riportato.

Il vantaggio della ricerca qualitativa è rappresentato dal fatto che ci consente di ragionare sull'esperienza, di ricostruire le dimensioni soggettive, di collocare la soggettività dentro gli scenari concreti che le persone abitano e nei loro sistemi di relazioni e, quindi, di cogliere come quei significati si siano costruiti nel corso del tempo.

Alla luce di tutto ciò, è chiaro il valore della ricerca qualitativa per chi fa ricerca psicologica e la sua utilità per qualsiasi professione psicologica. Ciò non significa che, in termini assoluti, la ricerca qualitativa sia sempre migliore e preferibile alla ricerca quantitativa, dipende sempre dal nostro obiettivo e dal nostro posizionamento. Quale è il

mio obiettivo? Come mi colloco personalmente? Quale è il mio ruolo dentro la situazione di ricerca?

È soltanto nella contaminazione fra i due approcci, qualitativa e quantitativa, che forse comprendiamo meglio ciò che le persone stanno portando alla nostra attenzione.

In ogni caso, dobbiamo sempre avere una visione critica, riflettere sugli strumenti che abbiamo a disposizione (*versus* erogazione di strumenti standard) e sulla forma che il problema prende in quel determinato contesto con caratteristiche specifiche.

Lo psicologo in questa prospettiva non dovrebbe rispondere alla domanda del committente accogliendola come dato di realtà adoperando il proprio bagaglio di strumenti tecnici, ma piuttosto dovrebbe interrogare la relazione che intercorre tra sé e chi pone la domanda d'intervento. Il problema sta nel fatto che il committente vive all'interno di una complessità ecosistemica e lo psicologo si muove, anch'esso, all'interno di attesa ecosistemica: l'idea che l'intervento consista nel riversare tutto il proprio vocabolario/repertorio all'interno di una isolata relazione duale non permette di venire a capo delle dimensioni psicologiche in gioco. È necessario quindi far prevalere la dimensione di senso rispetto alla tecnica e all'operazionalità: si sta nel contesto con la consapevolezza di osservare gli altri e allo stesso tempo se stessi.

Infine, più volte nel corso dell'esplorazione dei contesti citati è emersa l'importanza del lavoro in équipe. *“Per uno psicologo possedere una mentalità di natura gruppale [...] implica lo sviluppo della capacità di pensare insieme le cose, di pensare gli eventi in connessione, di cercare le reti di relazioni e significati salvaguardando e tenendo assieme, nella loro specificità, tutti gli attori in gioco e tutti gli elementi delle relazioni”* (Molinari et al. 2007).

Una collaborazione di questo tipo spinge ogni professionista ad interrogarsi necessariamente sul proprio posizionamento e sulla relazione insita al gruppo stesso. Lavorare in gruppo non è una modalità né semplice né automatica in quanto il soggetto si trova a dover ridefinire la propria individualità a partire da quella degli altri, *“la vita del gruppo è sempre assai complessa. In parte è certamente ancorata alla realtà: ogni gruppo di persone si riunisce infatti per ‘fare qualche cosa’ e questo costituisce l'aspetto del funzionamento mentale del gruppo che riguarda l'obiettivo cosciente, aspetto che venga indicato da Bion con il termine ‘gruppo di lavoro’. Ma all'interno del gruppo di lavoro compaiono delle tendenze emotive molto potenti che a volte favoriscono e a volte ostacolano gli individui nel raggiungimento di questo obiettivo”* (Bion, 1959). All'interno di questa prospettiva l'interazione tra le diverse figure professionali dà luogo, infatti, ad una dimensione intersoggettiva, in cui ognuno costruisce un certo modo di funzionare e di essere. *“Si può allora instaurare un dialogo non confusivo ma fecondo tra attori diversi che proponendosi obiettivi diversi camminano nella stessa direzione [...] Il punto di vista dell'autonomia permette la distinzione dei diversi oggetti di lavoro e dei diversi livelli di intervento”* (Guerra, 2003).

Il posizionamento rispetto ai contesti di intervento

Entro quali scenari lo psicologo viene convocato sul tema della cronicità e qual è il suo ruolo? All'interno del presente elaborato sono stati tratteggiati alcuni degli ambiti di intervento:

- **Malattie organiche:** lo psicologo supporta il soggetto nel processo di riconnessione dell'evento di malattia all'interno del proprio progetto di vita, andando a sostenere un processo di adattamento. Tale intervento coinvolgerà non solo il paziente ma l'équipe curante e la rete familiare;
- **Disabilità:** tramite un lavoro di équipe, che prevede il coinvolgimento del territorio, dei vari servizi e della famiglia, lo psicologo mira a favorire lo sviluppo delle abilità di cui la persona è portatrice per garantire una concreta inclusione sociale e lavorativa adeguata alle proprie competenze;
- **Invecchiamento:** lo psicologo cerca di declinare in una chiave positiva questa naturale fase di vita, mettendo al centro la persona per garantire un riposizionamento dell'anziano nella società, come cittadino attivo, nel rispetto delle sue risorse residue (lavorare su quello che c'è e non su quello che manca);
- **Sociale/povertà:** lo psicologo, all'interno dell'équipe multi-professionale e con i servizi, orienta il suo lavoro alla promozione delle *capabilities* della persona, cioè allo sviluppo della capacità di orientare le azioni al conseguimento dei propri obiettivi e di utilizzare pienamente le proprie risorse personali e sociali per raggiungere i propri scopi di vita;
- **Minori:** non si tratta di agire esclusivamente a protezione del minore (abusato o meno), ma di allargare l'intervento, in modo molto più complesso, anche ai soggetti abusanti e al nucleo familiare, curando le componenti relazionali "malate" e sostenendo in particolar modo le competenze genitoriali e il contatto con la sofferenza dell'altro. Più in generale, nel caso di famiglie fragili, si tratta di pensare a dei progetti che aiutino e consentano loro di stare in piedi con le proprie forze, guidandole a riconoscersi delle risorse e a essere protagonisti delle scelte che le riguardano.

Verranno di seguito approfonditi due ambiti di intervento più prossimi alla Psicologia della salute.

La Psicologia della salute in ambito sanitario

L'ospedale e in generale il contesto sanitario ha sempre rappresentato per la psicologia della salute un ambito privilegiato di occupazione professionale.

Com'è stato messo in evidenza precedentemente, il sistema sociosanitario lombardo è stato ed è protagonista di cambiamenti profondi, passando da un modello ospedale centrico a un modello integrato e diffuso a rete. Lo psicologo della salute, proprio per le nuove configurazioni che si stanno delineando, può rappresentare una figura chiave nel costruire dei modelli di presa in carico complessi, che coniughino le dimensioni cliniche a quelle di lavoro di rete, che pongano al centro un'integrazione e management delle cure

che coinvolgono i sistemi di adattamento plurale entro cui si inscrivono le vicende di salute e malattia.

La riforma delle specializzazioni in ambito sanitario sta andando verso il superamento di un approccio accademico-disciplinare, verso l'ancoraggio ai contesti professionali e verso la centratura sul contenuto delle professioni, sulle competenze, sui contesti che generano queste competenze e questi posizionamenti professionali. Se gli psicologi vogliono restare all'interno del sistema sanitario nazionale, dovranno adeguarsi a questo profilo e riconfigurare la loro presenza in sinergia con la nuova cornice istituzionale. Ciò implica necessariamente un ripensamento nella costruzione sociale della professione (in termini di posizionamento, organizzazione e processazione) e una rinuncia all'illusione secondo cui il livello di conoscenze e competenze interne possa risolvere problemi di definizione, di posizionamento della professione (il compito non può essere risolto solo sulla base del know what e del know how professionale, ma richiede un'attrezzatura più complessa in linea con la sua natura di costruzione sociale; sono pertanto fondamentali capacità di progettazione e processazione).

Un'ipotesi di lavoro è puntare sulla salute come meta-organizzatore potenziale delle professioni psicologiche, come riferimento trasversale per una pluralità di profili/posizionamenti professionali (da specificare in riferimento ai contesti).

In ospedale si vedono agiti prevalentemente due modelli: il modello *infermieristico*, che vede gli infermieri come un unico *corpus* con un'unica afferenza; il modello *medico*, che invece si caratterizza per l'averne un'afferenza suddivisa e ramificata per specialità.

I pro di un modello come quello infermieristico sono la trasversalità, l'elasticità nell'organizzazione, la facilità nella programmazione della formazione, la forte integrazione con la struttura nel suo contesto. Tuttavia, ci sono anche dei contro, e nello specifico la doppia referenza (operatori che dipendono da strutture differenti). Invece, i pro del modello dei medici sono una finissima specificità e un'elevata integrazione interna all'unità. I contro di questa frammentazione sono rappresentati, però, da una visione della struttura fortemente ancorata alla propria prospettiva, poiché la tendenza è quella di vedere solo un aspetto, quello di cui loro si occupano, specialmente il "pezzetto" di cui si è strettamente competenti.

Quale configurazione dare alla Psicologia nel contesto ospedaliero?

Tale configurazione dovrebbe favorire la promozione di modalità consulenziali del lavoro psicologico sia nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie, sia nei confronti del personale medico, paramedico, degli operatori dei servizi territoriali, per poter costruire prospettive nuove di intervento, che valorizzino le risorse di ciascuno.

Le principali attività dello psicologo della salute si potrebbero così configurare:

- La presa in carico della persona nel suo complesso, entro una prospettiva di eco-sistemica e del ciclo di vita;
- La valutazione multidimensionale dei bisogni della persona e della rete familiare;
- La definizione di piani personalizzati di consulenza, sostegno e riabilitazione neuropsicologica della persona;

- La promozione e la tutela della salute mentale promuovendo sinergie con il territorio in un'ottica di contrasto alla stigmatizzazione e promozione di comunità inclusive;
- Il sostegno psicologico entro percorsi di presa in carico congiunti e concordati in équipe multidisciplinari;
- La promozione di un'integrazione delle funzioni e dei servizi ospedalieri, territoriali, delle unità di offerta socio sanitaria e dei servizi socioassistenziali;
- La presa in carico di pazienti adulti, adolescenti o bambini e dei loro familiari in particolari condizioni critiche, acute o croniche, dovute a malattie o ai processi di diagnosi e cura ospedalieri, dove il disagio, lo stress o disturbi psicologici possono avere ricadute negative sulla qualità della vita o ostacolare i percorsi di cura;
- L'esecuzione di consultazioni psicologiche (finalizzate alla comprensione del funzionamento psichico) e consultazioni neuropsicologiche (al fine di valutare le funzioni cognitive in seguito a lesioni cerebrali);
- L'attuazione di consulenze specialistiche a operatori dell'azienda per la gestione di situazioni complesse rispetto agli aspetti cognitivi ed emotivi del paziente, ad associazioni di volontariato, insegnanti della Scuola in ospedale e operatori di strutture esterne convenzionate;
- Promozione di progetti in stretta connessione con il territorio e l'associazionismo per la costruzione di percorsi di presa in carico integrati;
- L'attenzione alle culture organizzative come fattori influenti dei dispositivi operazionali, dei valori dichiarati e degli assunti taciti delle pratiche degli operatori.

Compito dello psicologo, quindi, è quello di tenere presente i diversi livelli di complessità della presa in carico, soprattutto in situazioni di cronicità e tenersi presente entro un modello il più possibile transdisciplinare e sistemico.

La centralità dell'intero percorso è sempre il soggetto, entro una visione globale della persona, che tenga conto di una salute non più solo medica, ma bio-psico-sociale. Per queste ragioni, lo sguardo si sposta anche verso il nucleo familiare e anche verso gli operatori stessi che si occupano di lei. Ciò è reso possibile solo attraverso un'accurata e attenta collaborazione interprofessionale tra i diversi operatori (medici e infermieri in primis). Un simile lavoro d'équipe professionale, quindi, caratterizzata dalla multidimensionalità e dalla multiprofessionalità dell'intervento, mette in campo conoscenze e competenze diverse e allo stesso tempo tutte concorrenti a un obiettivo comune; non di meno, esso permette anche di lavorare sulla soggettività, la quale implica sempre una modalità diversa, unica e irripetibile.

Lo psicologo deve mettersi in relazione con i contesti in modo consono alle proprie capacità, non per agire, ma per comprendere ed essere disponibile a cogliere e a riflettere sulle configurazioni che il contesto assume anche in forze della capacità dello psicologo di stare. Come dice Renzo Carli (1996), l'intervento psicologico consiste nell'intervenire, nel "mettersi tra": è uno stare, non un agire. Da queste premesse emerge che la fase importante è il posizionamento dello psicologo nel contesto della presa in carico. Uno degli strumenti disponibili per assolvere a questo compito è la supervisione psicologica dell'équipe. La supervisione è volta a riconfigurare i processi organizzativi

entro contesti di relazione interprofessionale. *L'elemento fondamentale nelle prestazioni mediche dell'équipe medica è di costruire un comune sentire, in modo che chiunque possa essere chiamato ad interloquire in condizioni di criticità. Il compito dello psicologo in équipe sarà la possibilità di rendere noto un comune punto di vista che possa portare ad interagire tutti i membri del gruppo. Lo psicologo, nella complessità multiproblematica del paziente, si occuperà della situazione multidimensionale che caratterizza la presa in carico, quindi della persona ma anche delle sue relazioni e degli operatori.* In qualsiasi caso, nella presa in carico globale, compito dello psicologo è anche l'accompagnamento degli operatori sanitari nel confrontarsi con la propria soggettività nei processi di cura. Si evince, dunque, che lo psicologo debba necessariamente scontrarsi con una complessità, che lo pone di fronte alla difficoltà di doversi saper situare nella presa in carico del paziente, agendo su di sé. Le domande che il servizio sanitario pone alla psicologia diventano più complesse, poiché si individua un intreccio biopsicosociale che avvolge i bisogni sanitari del soggetto indipendentemente dal suo stato di malattia; di conseguenza viene richiesto alla psicologia di occuparsi di promozione della salute. La salute in un'accezione biopsicosociale prevede che salute e malattia vengano considerate come i due estremi di un continuum, piuttosto che come categorie dicotomiche. Da qui la scelta di interventi che includono non solo la diagnosi e il trattamento della malattia, ma anche azioni di prevenzione e promozione della salute. (Braibanti, Strappa, Zunino, 2009). Il compito della psicologia in questo contesto non è tanto quello di evocare a sé un settore e una professione ma di proporre a sé un punto di vista. Quello che si chiede alla psicologia, e che essa può chiarire agli operatori e nella presa in carico della persona nel suo complesso, è di concorrere, con il proprio punto di vista, ad una rappresentazione dell'oggetto in rapporto ai contesti e alle modalità di cura. Qui emerge il valore dello *stare*: lo psicologo sta nelle situazioni e rende disponibile un punto di vista con cui approcciarsi alla soggettività di ogni essere umano, senza presunzione che quel punto di vista possa essere esercitato solo da tecniche specifiche.

Lo psicologo all'interno della cultura organizzativa sanitaria può rappresentare l'anello di congiunzione tra servizi sociosanitari ed utenza favorendo un cambiamento delle politiche organizzative, l'adeguamento dei servizi offerti alle esigenze dei pazienti, l'umanizzazione delle prestazioni, un rafforzamento delle relazioni sociali che gravitano attorno al cittadino/paziente (Bertini, 2012).

Lo psicologo potrebbe facilitare una rimodulazione e riconcettualizzazione del concetto di "cura" da un setting di tipo duale, ad un concetto di *multidimensional care*, in cui gli operatori agiscano in rete sia con gli altri agenti formali sia con agenti informali di supporto sociale ed in cui i pazienti stessi, le relazioni familiari e sociali a cui fanno riferimento, le associazioni di auto-aiuto, i gruppi di pazienti auto organizzati, costituiscano nodi e risorse di *caring* (Braibanti, 2015).

La Psicologia della salute di comunità

Oggi più che mai la psicologia della salute si trova a doversi confrontare con contesti inediti di intervento che riguardano la promozione di reti di sostegno orizzontale all'interno della comunità e progetti rispetto alla promozione di una salute diffusa.

La psicologia di comunità è stata definita da alcuni come “*psicologia dei legami genuini*”: la funzione non è quella di osservare un contesto e decidere cosa fare in termini di cambiamento. Se c’è un contesto che si è già autorganizzato, bisogna primariamente riconoscere che quel contesto è conosciuto meglio dalle persone che lo vivono. La posizione dell’operatore deve essere quella “umile” di ascolto e di osservazione, che diviene poi anche lo strumento più utile per iniziare a raccogliere dei dati concreti. In questo caso, non è una questione di validità ecologica e nemmeno di validità computazionale, quanto piuttosto di una validità etica e sociopolitica, che rappresenta la nuova misura di intervento all’interno della comunità, in modo tale da rispettare e valorizzare le risorse di contesto, dando allo stesso concetto di validità un nuovo significato. Di conseguenza, diventano molto importanti i concetti di cambiamento e di *intervento sostenibile*: bisogna riconoscere piena dignità all’altro, e occorre anche riconoscere che c’è un cambiamento che noi auspichiamo, ma che non sempre è sostenibile dalla comunità stessa. Il cambiamento su cui dobbiamo andare a lavorare non è quindi quello che noi desideriamo, ma quello che è sostenibile dalla comunità. I nostri obiettivi diventano quindi quelli di decentrarci, spostando le risorse sulla comunità, ascoltando i loro bisogni e mettendo così in gioco cambiamenti più importanti: si attiverà la comunità e si sosterranno processi di cambiamenti interni.

Allora in questo senso si può parlare di un empowerment reciproco per cui le persone, messe in certe circostanze favorevoli, sono in grado di creare dei processi, ma a volte capita solo che non riescono più a direzionarli, e quindi la loro richiesta non riguarda i processi in sé, ma un accompagnamento di questi processi rispetto a scenari possibili di sviluppo. Sono le comunità competenti a definire il loro potere comune, non è chi detiene il sapere a determinare quale sia il bene comune. Quando si lavora in tali contesti è importante capire quali sono le dinamiche di potere e le dinamiche conflittuali: queste ultime ci sono sempre ma perché il conflitto fa parte della vita, e consente l’emergere di qualcosa di nuovo. Lo psicologo della salute che lavora nei contesti di comunità deve prima di tutto tenere sempre presente le sue competenze e le sue conoscenze, che sono trasversali a tutti i campi in cui la psicologia è applicata: vi è quindi la necessità che tale figura sia capace di interloquire in modo competente, complesso su più piani tenendo presente i diversi stakeholder o portatori di interesse ingaggiati. In ultima analisi emerge la questione del confine tra l’azione psicologica e quella politica, soprattutto quando ci si rivolge a condizioni di sofferenza che sono anche socialmente connotate (come le minoranze, le questioni di differenze di genere, etc.).

L’analisi delle competenze della figura dello psicologo di comunità porta con sé due domande importanti che riguardano la professionalizzazione, *come si costituisce la professione con i suoi metodi, le sue regole, le sue modalità d’azione?* La questione riguarda dove collocare gli psicologi di comunità: si tratta forse di una figura che appartiene soltanto al panorama universitario o esiste una riconoscibilità sociale per lo psicologo di comunità?

In linea di massima la psicologia delle comunità si organizza a tre livelli: il primo è l’università (ancora largamente maggioritario), il secondo livello sono alcuni enti locali, il terzo è invece l’associazione degli psicologi di comunità. C’è però tutto un altro spazio estremamente importante, non sondato, il quale affianca un intervento di psicologia a

professioni che non sono esclusivamente psicologiche. Per fare un esempio, c'è un ruolo fondamentale della psicologia di comunità nella progettazione urbana, nell'urbanistica, nella progettazione e negli interventi territoriali. Per poter collocare e delineare questa figura professionale risulta quindi essenziale interrogarsi sulla committenza sociale: si parla di comunità, ma chi è la comunità che chiede, che grazie alla sua stessa richiesta si costituisce come tale, dandosi organi ed espressioni della associabilità necessari alla stessa domanda di intervento? L'intervento di comunità è un intervento che raccoglie una committenza già istituita, generalmente destinata a un cliente: un gruppo, un'istituzione chiede un intervento di comunità rivolto ad un cliente.

La richiesta che viene fatta ad uno psicologo di comunità, quindi, non sarà quella di un professionista specializzato in un ambito specifico; piuttosto questo psicologo dovrà essere "poli-specializzato". Lo psicologo di comunità è anche quello che lavora nelle emergenze; inoltre, dovrà necessariamente essere in grado di dialogare e di mettersi in una *posizione di confronto con altri professionisti*. I progetti di comunità, infatti, *non sono progetti che vengono proposti da/ad un libero professionista che da solo dovrà progettare e concretare tali progetti*. Questi, invece, vengono erogati da cooperative sociali e associazioni che operano nel terzo settore e che chiederanno l'intervento di un professionista psicologo in grado di operare in ambito comunitario.

Per potersi meglio calare nella prospettiva della psicologia di comunità è necessario interrogarsi sulle dinamiche conflittuali che attraversano la comunità stessa, determinanti nella natura "mobile" della committenza: risulta molto difficile pensare che la committenza rimanga uguale dall'inizio alla fine dell'intervento. La trasformazione verso cui muove lo psicologo di comunità è, e deve essere, che il cliente diventi committente, cioè che ci sia un rovesciamento e una mobilità della committenza. Lo psicologo di comunità, quindi, ha un importante ruolo preventivo, ma soprattutto promozionale, che può attivare direttamente "sul campo" diventando parte attiva del processo di trasformazione, grazie a competenze specifiche che lo differenziano da altre figure professionali.

Il Tirocinio come modalità sovversiva di abitare le organizzazioni

Nel 2015 il CNOP (Consiglio Nazionale Ordine degli psicologi) ha definito le linee guida burocratiche/formali da seguire per il tirocinio (concetto e attuazione) e, di conseguenza, i rapporti di convenzione tra l'università e gli ordini territoriali.

Nel 2017 il CNOP, la CPA (Consulta della Psicologia Accademica, che si occupa di aspetti riguardanti sostanzialmente la politica della formazione in psicologia in Italia) e l'AIP (Associazione Italiana di Psicologi, che riflette sul tema della formazione in una prospettiva più scientifico/culturale) hanno poi definito delle linee guida di rilettura del tirocinio: si tratta della messa in atto di un tentativo di farlo transitare da un modello burocratico/formale (ex: ore del tirocinio, firme sul libretto, ecc.) a un processo reale e sostanziale.

Le parole chiave che ben rappresentano questa sfida sono: "*placement*" (il tirocinio deve avvicinare, facilitare il transito dal mondo della formazione all'universo del lavoro, alla professione, deve cioè porre un obiettivo di *placement* in un contesto lavorativo reale. In

tale modo si mettono in gioco qualità di inserimento, di percorso e di esiti di questo ultimo: è un tema aperto) e “competenze” (esse devono essere basate su un *know what* e su un *know how*, ma non si esauriscono semplicemente nell'acquisizione di queste due dimensioni). Bisogna specificare che nel mondo professionale esistono delle competenze relative ai contenuti e delle competenze di tipo trasversale e queste ultime, oggi, sono le più richieste (nella progettazione e valutazione è importante lavorare per obiettivi, sviluppare progetti, avere la capacità di intercettare la domanda, di costruire progettazioni sulla base del bisogno e di lavorare in gruppo, ecc.). È ovviamente un percorso in cui si pone anche il tema della formazione continua, che dura per tutta la vita (*lifelong learning*).

Nel momento in cui viene fatta un'esperienza di tirocinio il futuro professionista si inserisce all'intero di un'organizzazione complessa. Essa può essere rappresentata come un insieme di sistemi sociali di attività, la cui efficacia ed efficienza è legata strettamente/strutturalmente alla qualità e alla affidabilità delle persone che le abitano e alla loro capacità di interpretare/raggiungere gli obiettivi perseguiti/prefissati.

Abitare le organizzazioni significa imparare a starci, conoscerle, viverle, usarle, sfruttarle, immergersi e, a volte, anche modificarle sviluppando griglie di lettura nuove. La posizione che si deve assumere in questa esplorazione è quella del sapere di non sapere, umile, è “la consapevolezza della propria conoscenza a permettere di prendere coscienza dei propri limiti” (Telfener, 2012).

Questo abitare ha delle logiche che rappresentano anche delle sfide non facili: per abitare bisogna conoscere in profondità, leggere, interpretare, ascoltare e vedere. È una condizione attiva di apprendimento, che va poi messa in dialogo, in circolo anche con le sue contraddizioni.

Come abitare le organizzazioni?

- Disponendosi, orientandosi ad apprendere i contesti: l'oggetto da apprendere è un contesto. Di cosa sono fatti i contesti? Quali sono le regole di funzionamento, quali strumenti vengono usati, quali soggetti sono in gioco, quale divisione del lavoro (chi fa cosa?), quali linguaggi circolano (che conversazioni fanno? Di cosa parlano? Quali gerarchie?)? È un modello di apprendimento. Si può fare e percepire ciò soltanto immergendosi e partecipando in modo competente (Scaratti, 2012);
- cogliendo, interpretando, decifrando come avviene la gestione delle organizzazioni (quale tipo di *management*?). L'orientamento/atteggiamento consigliato può essere descritto mediante tre aggettivi: *relazionale* (dentro le organizzazioni, che sono dei sistemi sociali, c'è una dinamica ricorrente di transazioni, interazioni, relazioni tra soggetti e gruppi; *riflessivo*. Queste regole non scritte, ma praticate rappresentano un sapere tacito, implicito che va colto: bisognerebbe esercitare un pensiero sulle cose che accadono e chiederci perché si verifica ciò) ed etico.

Il ruolo dell'Università nel percorso di professionalizzazione dello psicologo

Dario Romano (2008) in un suo articolo del 2008 pone una serie di questioni alquanto attuali rispetto alla formazione dello Psicologo. Come conciliare l'ambizione teoretica della psicologia (cioè sviluppare un sapere forte, rigoroso, approfondito sugli oggetti di cui tratta) con la sua pochezza tecnico-pratica? Come tradurre questo sapere in qualcosa che possa diventare fruibile e capace di rispondere alle sfide provenienti dal contesto in cui lo psicologo opera (salute, sostenibilità, benessere, efficacia della comunicazione, ecc.)? Come si possono recepire le esigenze che provengono dai nuovi sbocchi professionali? Come promuovere un sapere rigoroso e scientifico (non meramente strumentale, non approssimativo e non di breve periodo) e, allo stesso tempo, garantirne la fruibilità e la trasmissibilità? L'Università è in grado di sostenere questo tipo di operazione? Come l'università può essere in grado di rispondere alle richieste del contesto? Oggi l'Università è capace di aprire i canali di comunicazione per recepire, quanto più rapidamente possibile, le istanze provenienti dall'esterno? E come, contemporaneamente, salvaguardare quella competenza?

Benchè questo articolo sia stato scritto più di dieci anni fa, i quesiti che vengono posti appaiono più che mai attuali nel panorama della riflessione sulla professionalizzazione dello psicologo.

L'Università di Bergamo da questo punto di vista si sta interrogando su come costruire una laurea magistrale in "Psicologia del territorio" che sappia articolare in modo coordinato lo sviluppo di percorsi di professionalizzazione in ambito clinico e sociosanitario, da un lato, e in ambito giuridico-sociale e delle reti territoriali, dall'altro.

Tale processo è attualmente in corso, a partire dall'anno accademico 2019/2020 è stato infatti attivato un nuovo curriculum della laurea Laurea Magistrale in Psicologia Clinica denominato "Psicologia della salute nei contesti sociali". Tale curriculum nasce dalla volontà di coniugare e co-costruire una prospettiva professionale del lavoro psicologico entro un paradigma salutogenico, sviluppato dall'incontro diretto con i bisogni dei territori.

E in particolare, le principali aree di interazioni con i bisogni del territorio individuate sono:

- Psicologia ospedaliera, delle cure primarie e della promozione della salute (con un asse privilegiato di rapporto tra ATS e ASST)
- Psicologia della salute e di comunità nell'area di inclusione, dello sviluppo personale e sociale, dell'invecchiamento sano, per il supporto psicologico all'integrazione e inclusione delle marginalità e per la promozione dei diritti di cittadinanza, dell'infanzia e dell'adolescenza, delle persone con disabilità, delle persone anziane, in linea con le dichiarazioni dei diritti delle Nazioni Unite e del Consiglio d'Europa
- Psicologia dell'organizzazione a supporto delle imprese e delle organizzazioni sociali
- Psicologia sociale e giuridica, soprattutto a supporto della tutela della persona in condizione di vulnerabilità, delle famiglie fragili e dei minori,

- per la prevenzione delle istituzionalizzazioni, per la collaborazione e il supporto delle istituzioni della giustizia verso forme di giustizia riparativa
- Psicologia sociale, dell'organizzazione, della comunità a supporto della programmazione urbana e delle reti sociali, per un apporto della psicologia ai Piani di Governo dei territori e allo sviluppo dei Servizi Sociali
 - Psicologia dello sviluppo, orientata allo sviluppo sociale, della salute e dell'educazione, a supporto dell'inclusione scolastica, dell'orientamento, della lotta alla dispersione, a supporto della nascita e della genitorialità e della salute nei primi anni di vita, della collaborazione e qualificazione della psicologia nei consultori e nelle unità operative per l'infanzia e l'adolescenza

L'università entro questa prospettiva dovrà attrezzarsi e promuovere un codice esplicito di competenze (metodologia *problem based learning*) e focalizzarsi sulla capacità di esplorare, di analizzare, di costruire soluzioni per i problemi, convocando gli scenari teorici, ma finalizzandosi verso la costruzione di una capacità di presidiare situazioni problematiche/multiproblematiche in contesti iper-complessi.

Grazie il contributo diretto degli studenti, oggi al I anno di laurea magistrale, durante il corso di "Psicologia della salute e dell'inclusione sociale" si sono costruiti degli spazi di co-progettazione per istituire dei territori di embricazione dei piani di approfondimento teorico e di piani iper-complessi in cui si definiscono le pratiche, immergendo la formazione in questi contesti e orientando la didattica non a esercitare la memoria su costrutti concettuali, ma a chiamare a una responsabilità co-costruttiva dei contesti teorici e operazionali.

L'idea che è nata è quella di istituire degli spazi laboratoriali entro i quali ciascuno possa costruire un proprio portfolio teorico-pratico, immergendosi all'interno di contenitori operazionali che consentano di coniugare la formazione teorica pura, le prospettive di ricerca e anche le dimensioni di spendibilità operativa della professione.

La costante che caratterizzerà i laboratori sarà un'attenzione su due assi della professione dello Psicologo del territorio:

- Assetti epistemologici
- Assetti metodologici
- Assetti operazionali

L'università oltre a rispondere agli obiettivi di studio e ricerca si occupa anche di terza missione, ovvero la collaborazione intra e interdipartimentale e lo sviluppo dell'interazione e il partenariato con il territorio. Essa potrà orientarsi a valorizzare il contributo della psicologia in aree strategiche che potranno anche rappresentare il terreno di contestualizzazione di appropriate e nuove prospettive di professionalizzazione e occupazione degli psicologi.

I possibili interventi possono riguardare l'area dei servizi alla persona e delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali, l'area dell'inclusione della promozione sociale e l'area della progettazione urbana e territoriale.

E in particolare:

- 1) Area della progettazione urbana e territoriale:

- Interventi a supporto dei PGT e della programmazione territoriale e del monitoraggio nei comuni e negli ambiti territoriali rispetto ai temi della salute
- Qualità della vita e comunità inclusive
- Promozione della partecipazione e sviluppo delle reti urbane e sociali
- Smart Cities

2) Area dell'inclusione e della promozione sociale:

- Interventi per la formazione e la consulenza degli operatori dei servizi per le persone con disabilità
- Supporto alla progettazione per i servizi alla domiciliarità, alla residenzialità, al progetto di vita per persone con disabilità
- Sviluppo delle tecnologie di assistenza per la disabilità e l'invecchiamento
- Interventi a supporto dell'inclusione delle persone in condizioni di vulnerabilità e marginalità
- Interventi a supporto delle politiche giovanili volti a promuovere una cittadinanza attiva e spazi di co-progettazione territoriale per e con i giovani
- Interventi contro la dispersione scolastica e per la prevenzione delle istituzionalizzazioni
- Interventi per la giustizia riparativa e l'intervento psicologico in carcere

3) Area dei servizi della persona e delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali:

- Integrazione sanitaria, sociale e progettazione della psicologia nelle cure primarie
- Supporto psicosociale ai processi educativi, alla nascita e alla genitorialità
- Supporto organizzativo e clinico-sociale ai servizi per l'invecchiamento, l'assistenza e la tutela delle persone con demenza
- Formazione e consulenza per gli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in sintonia con la Legislazione Nazionale e Regionale e nella prospettiva del supporto alle politiche sanitarie e sociali previste dalla L.R. 23/2015 della DGR sulla cronicità e dello sviluppo e monitoraggio delle politiche sociali nei piani di zona
- Formazione e consulenza per lo sviluppo delle competenze interculturali ed etnocliniche degli operatori nei servizi
- Supporto all'organizzazione e alla progettazione per le imprese, le organizzazioni sociali del terzo settore e del volontariato e della cooperazione sociale

Ciò su cui occorre interrogarsi è inoltre il ruolo dell'Università rispetto ai percorsi di professionalizzazione post-laurea, oggi declinati prevalentemente in ambito privato e sottoforma di Scuole di Psicoterapia; da tenere presente come ancora oggi per accedere a ruoli pubblici per gli psicologi sia richiesta anche la specializzazione post-laurea.

Nel panorama ipercomplesso sin qui tratteggiato sarebbe miope pensare che una specializzazione si possa qualificare solo in termini di abilitazione alla psicoterapia. Benchè quest'ultima rappresenti una modalità di intervento psicologico importante ed estremamente arricchente per il percorso di professionalizzazione dello Psicologo, il panorama lavorativo attuale richiede sempre di più competenze di progettazione, di ricerca, di lettura di fenomeni complessi a livelli soggettivo, organizzativo, istituzionale, comunitario; entro questo panorama dovrebbero venir implementate maggiormente scuole di specializzazione Universitaria, corsi di perfezionamento ma solo se l'Università diventa terreno di scambio e dialogo con il territorio. Solo entro questa prospettiva sarà possibile uscire da una concezione dell'Università come torre d'avorio e offrire degli spazi concreti in cui gli psicologi possano costruirsi come professionisti.

Chiudo questa riflessione citando alcune frasi formulate dagli studenti:

“L’obiettivo è de-territorializzare la psicologia dai contesti tradizionali e superati nei quali è presente e permettere una ri-territorializzazione della stessa in ambienti nuovi, inediti e nei quali se ne sente l’esigenza. La psicologia va infatti riavvicinata al territorio, ai luoghi nei quali le persone vivono. È auspicabile un nuovo posizionamento professionale dello psicologo che tenga conto dei contesti complessi, in un’ottica di intervento per la salute della persona e non della malattia.”

“L’intervento psicologico dev’essere volto a mobilitare le risorse innovative dei soggetti destinatari, non soltanto perché esso normalizzi situazioni, persone o gruppi, ma per individuare e rendere disponibile il materiale innovativo. Oltre a consentire alla persona di riconsiderare il proprio posizionamento per migliorare il proprio benessere globale, esso dovrebbe impegnarsi per alimentare un esercizio di cittadinanza trasformativa, rispetto ai nodi che costituiscono l’oppressione sociale. Chi accompagna tale processo deve interloquire con questa complessità ed imparare a prendere posizioni appropriate per essere un “attore di cambiamento” degli assetti di sistema che generano sofferenza. Possiamo affermare quindi che uno degli obiettivi della psicologia del territorio e nei contesti sociali sia la trasformazione, il cambiamento, il dinamismo e la sollecitazione del potenziale innovativo di un soggetto o di un gruppo minoritario.”

E ancora:

“Questo significa che siamo alla ricerca di una psicologia nuova, di una psicologia che sappia adattarsi ai bisogni dell’ambiente circostante e che riesca a rispondere in maniera pertinente e completa a quelle che sono le sue richieste. In questo senso allora, la professionalizzazione è sempre in costruzione, non vi è una meta, un punto di arrivo, proprio perché la sfida proposta è quella di un continuo riposizionamento rispetto ad un sapere dinamico ed in continuo mutamento, provocato dalle problematiche complesse che caratterizzano la contemporaneità. Compito della psicologia in questa prospettiva diviene, allora, quello di imparare a mettere sempre in discussione i propri fondamenti, a rivedere e rivalutare il proprio oggetto di studio, senza utilizzare le proprie radici come

barriere per allontanarsi da altre discipline, ma al contrario, con l'intento di lavorare insieme ad esse in un'ottica di multidisciplinarietà ed inter-settorialità per costruire un sapere più ampio entro una prospettiva di collaborazione, cooperazione e confronto”.

“Il tirocinio si è configurato come il luogo all'interno del quale costruire le domande, prima ancora che le risposte, da portare dentro le nostre traiettorie biografiche ed evolutive: è meglio scorgere la complessità e restare un po' in sospeso per quanto riguarda la tecnica.”

“Ciò implica che, per diventare degli psicologi competenti, è necessario integrare:

- il sapere, che ha valenza epistemologica e che viene acquisito studiando in università;*
- il saper fare, che si lega alla tecnica e alla forma utilizzata nell'incontro con l'alterità e che viene acquisito a seguito del tirocinio post-laurea, dell'esame di stato, delle prime esperienze lavorative e con il codice deontologico;*
- il saper essere, che ha valenza ontologica, ovvero sia all'attenzione rispetto al processo dell'incontro con l'alterità; può essere acquisito solo con una discretamente lunga esperienza professionale, la quale implica anche un apprendimento dei propri errori e, quindi, un lavoro su di sé, che aiuta e favorisce la propria capacità di entrare in risonanza con chiunque ci si trovi davanti nell'affrontare il proprio lavoro.”*

“La domanda che dobbiamo porci è: vado avanti con le mie idee, o mi faccio sorprendere in modo positivo dall'altro ricostruendo un intervento che mi permetta di incontrare realmente l'altro?”

E ancora:

l'importanza di osare, di non restare fermi dietro gli schemi che ci vengono insegnati (visione critica rispetto agli schemi, guardare oltre per cercare di migliorarci, in quanto esseri sempre perfettibili e migliorabili);

l'importanza di essere, con coraggio, strumenti di noi stessi, della nostra persona e della nostra professione. Siamo noi il primo strumento che abbiamo a disposizione.

Dalle riflessioni degli studenti emerge in modo chiaro come un'esperienza di tirocinio possa configurarsi come apertura all'ignoto, alla costruzione di quesiti aperti, di riflessione e posizionamenti, riposizionamenti continui.

Conclusioni del capitolo

La cronicità rappresenta un fenomeno complesso, solo in parte determinato dal panorama epidemiologico internazionale.

L'OMS infatti parla di cronicità in termini di patologie non trasmissibili da una persona all'altra che presentano le caratteristiche di lunga durata e generalmente una lenta

progressione; mentre l'EHIS significa le malattie croniche in termini di patologie di lunga durata oppure a quei problemi di salute che durano o che si prevede che durino per almeno sei mesi.

Le vulnerabilità fisiche, psicologiche e sociali attraversano la società in modo diffuso e sollevano nel panorama della configurazione dei servizi e delle professioni nuovi bisogni e nuove domande.

Il Sistema Sociale tende a costruire la cronicità come condizione che caratterizza un soggetto, una deficienza, una deviazione da una norma, frutto spesso di condotte non salutari; si assume quindi una responsabilità centrale del singolo, a discapito di quei determinanti di salute che possono favorire ma talvolta ostacolare per esempio un corretto stile di vita o l'accesso precoce ai servizi.

Le definizioni di cronicità e i riferimenti normativi concorrono a costruire un discorso sulla cronicità pervasivo in termini identitari per il soggetto, portatore di una vulnerabilità.

Ma una persona vulnerabile, una persona con una patologia non è la sua patologia.

Allora occorre interrogarsi su una prospettiva di salute diversa, che vada anche oltre la definizione dell'OMS come stato di completo benessere biopsicosociale, per prospettare una salute come autonomia, come capacità del soggetto di autorganizzarsi, di definire e ridefinire nuove norme di funzionamento e di adattamento nei confronti dell'ambiente ("La salute è un margine di tolleranza nei confronti delle infedeltà dell'ambiente"; "Essere sani non è essere normali, ma normativi" (Canguilhem, 1996)) entro una prospettiva critica, agentiva e trasformativa del soggetto.

Un movimento di ripensamento dei servizi è oggi in atto, grazie a il Piano Nazionale Cronicità, la riorganizzazione del sistema sanitario della Lombardia a partire dalla Legge 23/2015 e i modelli di presa in carico del paziente cronico e fragile, il DPCM 12/01/2017 dei LEA dove sempre di più si parla di presa in carico orizzontale e diffusa, di rete.

La psicologia in tutto questo dove si colloca? Dove intercetta queste fragilità inedite? Qual è il posizionamento dello psicologo rispetto a queste nuove domande legate al tema della cronicità?

Attraverso un'analisi tematica dei report di tirocinio degli studenti di Scienze Psicologiche e Psicologia Clinica dell'Università degli Studi di Bergamo è stato possibile rintracciare i contesti territoriali entro i quali la cronicità viene rintracciata e presa in carico dal punto di vista psicologico, attraverso servizi, progetti che coinvolgono non solo gli enti più "tradizionali", come l'ospedale ma anche nuovi attori come cooperative ed organizzazioni del terzo settore.

Sono stati quindi definiti cinque ambiti: malattie organiche, invecchiamento, minori, sociale e povertà, disabilità.

Ciò che emerge è uno scenario entro il quale la psicologia si pone ad un bivio, da una infatti essa può concorrere a perpetuare un sistema "cronicizzante" entro il quale il soggetto viene definito e preso in carico a partire dalla sua patologia, perpetrando nuovi stigmi; oppure può operare in un'ottica di inclusività, in una prospettiva di costruzione di progetti di valorizzazione, di offerta di opportunità e non solo di sostegno, promuovendo le differenze sociali e allargando il proprio sguardo a dimensioni comunitarie, organizzative, istituzionali e di rete.

“Quello su cui noi lavoriamo [...] è il passaggio da una normalità normativa a una pluralità della normalità, ci sono molti modi di essere normali” (Braibanti, 2015).

La psicologia è chiamata quindi a riterritorializzarsi (Braibanti, 2015), “questo passo è necessario se vogliamo una psicologia della salute “sufficientemente buona”, poiché il contesto è cambiato, sta cambiando e noi dobbiamo trovare nuove posizioni, nuovi punti di vista.”

In questo scenario viene proposta la figura dello psicologo della salute, capace di:

- Avere uno sguardo allargato rispetto alle dimensioni di salute entro una prospettiva del ciclo di vita;
- Investire sulla orizzontalità (sulle reti, sui confronti, sulle contaminazioni tra i pari, *versus* verticalità) e, per lo sviluppo di un posizionamento, sulla dimensione della ricerca;
- Negoziare, attivare, esplorare attivamente la propria presenza: sempre di più ci si trova a lavorare in setting inediti, aperti che convocano competenze, saperi, potenzialità diverse e inedite da esplorare.
- Avere una visione trans-disciplinare/trans-settoriale: nei mondi professionali è difficile lavorare in termini mono o inter-disciplina (anche laddove le apparenze sembrano andare in questa direzione), soprattutto per quanto riguarda i sistemi sanitari, il *welfare*. È perciò fondamentale per lo psicologo essere in grado di integrarsi, di interfacciarsi con altri tipi di competenze che provengono da altre discipline, in quanto la psicologia è multi-componenziale e, di conseguenza, richiede multi-competenze: ecco spiegata l'importanza di una visione trans-disciplinare, di un incontro tutt'altro che lineare. Nei sistemi sanitari non solo il nostro statuto deve dialogare con dei profili professionali differenti dal nostro, ma anche con attori molto diversi (gli *stakeholder* pubblici/privati, ex: portatori della domanda, la pubblica opinione, i regolatori di ordine pubblico, l'attività legislativa).
- Sviluppare *networking* e *community* professionali: è più che mai necessario sottolineare l'importanza delle esperienze, degli scambi intra e interprofessionali.
- Porsi in relazione alla sofferenza dell'altro con un fondamento di ‘*epistemologia dell'ignoranza*’, ossia consapevole che del problema e della sofferenza dell'altro non sa nulla. Lo sgomento dello psicologo dinnanzi alla sofferenza mette a contatto con la peculiarità di ogni singolarità, e consente di esercitare l'ignoranza (non conoscenza) costruendo con l'altro una conoscenza che diventi disponibile e che contemporaneamente arricchisca.
- Promuovere una psicologia della liberazione, che sostenga l'*empowerment* delle persone e quindi la loro partecipazione al controllo sulle proprie vite e sui processi della comunità di appartenenza. Una psicologia in grado di agire il proprio potere con gli altri, non su gli altri per rendere le persone libere di gestire i propri bisogni di salute (Braibanti 2015).

Per concludere, il lavoro di analisi tematica sui report di tirocinio degli studenti dell'Università degli studi di Bergamo ha consentito di avere a disposizione un contesto di

riferimento, entro il quale sviluppare alcune riflessioni pratiche rispetto al posizionamento dello psicologo della salute nell'area della cronicità; tuttavia tale contesto di riferimento risulta parziale e localizzato anche se ha esitato in indicazioni generali rispetto alla figura dello psicologo della salute.