

PSICOLOGIA DELLA SALUTE E INCLUSIONE SOCIALE

a cura di Paride Braibanti e Francesca Brivio

Con il contributo degli studenti del curriculum di Psicologia della Salute nei Contesti sociali del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dell'Università degli studi di Bergamo



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO
Anno Accademico 2022-2023

LA PSICOLOGIA DELLA SALUTE: DEFINIZIONI E CAMPO D'INDAGINE

Il concetto di salute e la sua evoluzione in occidente dall'antichità all'età contemporanea

Anche se l'evoluzione complessiva del concetto di salute risente di molti fattori che ne impediscono una ricostruzione dettagliata, si può certamente affermare che la linea di sviluppo storico del modo in cui le popolazioni occidentali, a partire dal mondo greco, hanno considerato la salute può essere distinto in quattro grandi macroperiodi: l'antichità greco-romana, il medioevo, l'età moderna, l'età contemporanea o della postmodernità.

L'antichità greco-romana

La ricostruzione del pensiero greco sulla salute guarda generalmente allo sviluppo della medicina, inevitabilmente caratterizzata dalla "cura del corpo". In questo senso la concezione greca di salute e malattia è fortemente accompagnata dalla *istituzione della medicina* sia come "tecnica della cura", sia come "filosofia della salute". Punto di forza della medicina ippocratica era una concezione secondo cui non esisteva una netta separazione tra salute e malattia e, "di conseguenza, le malattie non erano entità reali, ma configurazioni di segni e sintomi che l'esperienza intellettuale del medico organizzava in modo da rendere possibile e giustificare la pratica clinica. Con Ippocrate la malattia perdeva qualunque connotato morale (associato a una colpa) o religioso (di prova inflitta da forze ultraterrene) per diventare un fenomeno naturale, immanente all'organismo e dipendente dal modo di reagire degli elementi che garantiscono il funzionamento normale del corpo". (Corbellini, 2004, pag. 45).

L'esordio delle concezioni di salute nell'età greca si caratterizzano dunque per un sensibile distacco rispetto a concezioni arcaiche, in cui salute e malattia erano dominate soprattutto dall'intervento di entità spirituali e, soprattutto, da spiriti maligni che invadendo il corpo generavano la malattia. In questa concettualizzazione prevaleva l'idea del funzionamento congiunto di mente e corpo, intesi come un'unica sostanza, parti della medesima cosa, di un'unica realtà sottostante, in una visione **monista** dell'essere umano. Rimane comunque una concezione per cui la salute corrisponde ad un equilibrio con la natura.

La filosofia greca abbandona tuttavia con Platone questa visione per introdurre una separazione (**dualismo**) tra il corpo e la mente (o l'anima) che vengono ora considerate come entità o sostanze distinte. Il corpo ben radicato nella realtà fisica, la mente e l'anima viste come realtà più astratte. Si deve a Ippocrate, tra il quinto e il quarto secolo prima di Cristo, e al suo seguace Galeno, nel secondo secolo d.c., lo sviluppo di una concezione che ancorava la malattia nel solo corpo e la rendeva indipendente dalla mente. Galeno, in particolare, considera la malattia un disequilibrio tra le componenti

calde, fredde, secche ed umide del corpo, corrispondenti ai quattro *umori* (liquidi) che fluivano nel corpo: il *sangue* (caldo-umido) che proviene dal cuore, il *flemma* (freddo-umido) che si diffonde dal cervello, la *bile gialla* (caldo-secco) secreta dal fegato e la *bile nera* (freddo-secco) che si riversa dalla milza allo stomaco. La “costituzione”, il “temperamento” o lo “stato” del corpo potevano essere modificati variando l’equilibrio tra le quattro componenti e ciò poteva essere dovuto a fattori diversi, come l’ansia, il logorio e l’affaticamento, l’insonnia, eccesso di cibo la permanenza nel corpo di cibi di cattiva qualità. La dottrina ippocratica e la medicina galenica affondano le radici nel pensiero Empedocle e di Pitagora. Empedocle faceva risalire ogni cosa dalla combinazione di quattro principi: terra, acqua, aria e fuoco, cui corrispondono le qualità del secco, umido, freddo e caldo. È, poi, soprattutto un discepolo della scuola pitagorica di Crotona, Alcmeone, che sviluppa la concezione della salute come accordo tra le sostanze che compongono il corpo (*isonomia*), della malattia come perturbazione di questo accordo e della guarigione come ristabilimento della giusta proporzione tra le sostanze. In Ippocrate, l’*ipponomia* prenderà il nome di *crasi* e *discrasia* sarà invece il termine con cui si indicava la sua perturbazione. La teoria pitagorica, com’è noto, è ampiamente presente nella cosmologia platonica del *Timeo*, in cui si legge: “Le malattie poi donde nascono, si può dire che sia manifesto ad ognuno. Infatti, essendo quattro gli elementi, di cui si compone il corpo, terra, fuoco, acqua e aria, la loro abbondanza e scarsezza contro natura, la trasposizione dal posto loro proprio ad uno alieno, inoltre l’acquisizione di specie fra loro discoranti del fuoco e degli altri elementi, perché ciascuno di questi comprende più specie, e tutti gli altri simili casi producono disordini e malattie” (*Timeo*, 82, A). La dottrina ippocratica-galenica ha dominato a lungo le concezioni della medicina, anche se questa non ha abbandonato, sia pure entro una visione completamente diversa, lo studio dei liquidi organici nei processi fisiologici e fisiopatologici (esiste peraltro tuttora una fisiopatologia umorale nel campo degli studi sull’immunità).

Una concezione analoga a quella ippocratico-galenica può essere rintracciata nella medicina Ayurvedica (svilupata in India dal primo millennio avanti Cristo), secondo la quale l’organismo umano è governato dall’equilibrio tra tre forze (*dosha*), frutto dell’azione combinata di cinque elementi (terra, acqua, fuoco, etere e aria): *Vata* (vento: combinazione di etere e aria), *Pitta* (bile: combinazione di fuoco e terra), *Kapha* (flemma: combinazione di terra e acqua). Molti discutono di possibili influenze della più antica medicina ayurvedica sulle concezioni greche anche precedentemente al contatto di Alessandro Magno con il territorio indiano, probabilmente attraverso l’impero persiano. Si discute ad esempio di molte vicinanze del pensiero platonico sul corpo umano e sulle malattie che farebbero pensare più a concezioni ayurvediche che strettamente pitagoriche.

Si deve anche segnalare una certa consonanza, almeno sotto questo punto di vista, anche con la medicina cinese che, rinviando ad una rappresentazione divinatoria del mondo fenomenico nell’*I Ching* (Libro del mutamento) attraverso 64 esagrammi (derivati dalla combinazione di sei tratti continui (*yang*) e sei tratti interrotti (*yin*), portava a pensare la realtà in modo dinamico e in termini di cambiamento. È nel quarto secolo a.C. che viene elaborata la teoria delle cinque fasi (*wu xing*) alla base della concezione *naturalista*: legno, fuoco, terra, metallo e acqua. La salute viene considerata come

un'armonia naturale di un sistema olistico di corrispondenze che consentono di fabbricare il *qi* (il soffio, l'energia) e di mantenerne la corretta circolazione nel corpo. La malattia è invece la conseguenza di uno sbilanciamento di *yin* e *yang* che, interferendo con la circolazione del *qi*, compromette il funzionamento dei sistemi viscerali e dei fluidi vitali.

In ogni caso il pensiero Ippocratico colloca le vicende di salute all'interno del corpo umano. Liberata dalle influenze di spiriti maligni, la salute viene ricondotta ad un equilibrio "naturale" (interno) che può essere perturbato da fattori esterni, ma non determinato dall'equilibrio tra l'uomo e il proprio ambiente (naturale o spirituale che sia). La medicina cinese insiste maggiormente sulla corrispondenza tra il funzionamento del microcosmo umano e del macrocosmo, anch'esso inteso come organismo, e, insieme alla medicina ayurvedica, sembra caratterizzarsi per una più netta integrazione monistica di mente e corpo.

Questa tensione tra dimensioni prevalentemente interne e interazioni tra individuo e ambiente caratterizzano le concezioni sulla salute sia prima che successivamente al periodo classico, fino ai giorni d'oggi. Una seconda tensione, anch'essa ricorrente nella storia della medicina, è tra la visione ippocratica della malattia, intesa come disequilibrio di una condizione naturale che rinuncia implicitamente ad una vera e propria differenziazione nosologica delle malattie, e l'idea di una specificità clinica delle malattie, sostenuta invece dalla contemporanea scuola di Cnido, che considerava le malattie come un complesso di segni e sintomi, riconducibile a qualche aspetto della realtà organica, rinviando ad un concetto di tipo ontologico e ad una classificazione nosologica delle malattie. Pur mantenendosi in una visione sostanzialmente ippocratica, Galeno, nell'età della Roma imperiale, non rinunciava a ricercare caratteristiche specifiche della malattia, localizzandola al livello degli organi e della loro funzione e considerandola come risultato di un disturbo di una parte particolare del corpo, di cui è lesa in primo luogo la capacità di agire.

Parallelamente alla concezione di salute nell'ambito della "tecnica della cura" e della filosofia della salute, cresce tuttavia anche la concezione del benessere e dell'autonomia. Punto di svolta è sicuramente l'introduzione del concetto aristotelico di *eudaimonia*, in cui esplicitamente si ricompongono queste dimensioni. Essa tuttavia si distingue dalla salute e assume piuttosto il valore più generale di bene supremo, di una 'felicità', di una 'autorealizzazione' (*eudaimonia*), che consiste, come dice Aristotele in EN I 6 1097b22, in "un'attività dell'anima secondo virtù". Per Aristotele il bene (umano) è piuttosto un'autorealizzazione, basata sul funzionamento perfetto della parte razionale della nostra anima. La salute, invece, sembra essere piuttosto un fine particolare di azioni o attività dell'uomo, ad esempio della medicina. Essa non rappresenta dunque un sommo bene per l'uomo, ma una particolare condizione che può essere salvaguardata e perseguita agendo secondo una retta ragione in modo da evitare sia l'eccesso sia il difetto. La concezione aristotelica di salute sembra quindi rinviare alla visione ippocratica della medicina e della salute fisica: del resto Aristotele e la sua scuola diedero un impulso notevole alla conoscenza della fisiologia e allo sviluppo della medicina nel periodo ellenistico, soprattutto nella famosissima scuola Medica di Alessandria d'Egitto. Tuttavia l'idea di *eudaimonia* continuerà a lungo ad intrecciarsi con quella della salute, anche nell'età contemporanea, e consente di dare un punto di riferimento a chi individua una relazione

tra la salute e lo stare o l'essere in sintonia con il bene (ben-essere) collocando il discorso sulla salute in prossimità di quello sull'etica e sulla razionalità.

In tal modo il pensiero greco è contemporaneamente all'origine delle attuali riflessioni sulla salute così come emerge dalla tradizione del pensiero medico sia di quelle che intravedono nella salute anche componenti legate al buon funzionamento psicologico e sociale.

Così, "si direbbe che per affrontare il tema della salute come "stato di benessere psicologico", occorre distaccarsi dall'attuale modello medico e attingere ispirazione alle fonti umanistiche della filosofia e dell'etica. Da queste si possono trarre i "*criterial goods*", cioè le dimensioni che qualificano un buon funzionamento mentale. Da quelle si parte per operazionalizzare e verificare la loro trattabilità sul piano delle scienze psicologico-sociali. Il passo successivo è quello di individuare il substrato fisiologico di queste dimensioni. Questo passo è quello che può determinare un importante progresso nella comprensione integrata e positiva della salute" (Bertini, 2001).

Un terzo contributo che viene dall'età classica è infine legata al concetto di "*cura di sé*", traduzione dell'espressione in lingua greca antica *epimèleia heautoù*, risalente in particolare alla filosofia di Socrate e che fu poi ripresa e tradotta in *cura sui* nella cultura romana di epoca tardo-antica. Siamo certamente debitori a Foucault della rilettura dello sviluppo di questo concetto dall'antichità all'età moderna¹. All'inizio il concetto di "cura di sé" si colora soprattutto di connotazioni pedagogiche e politiche: la cura di sé consisteva nell'indicare ai giovani una preparazione alla vita adulta che doveva tener conto anche del comando socratico del *gnothi seautòn* (conosci te stesso), la massima incisa sul frontone del tempio di Delfi. Il precetto pratico socratico si trasformerà quindi nell'imperativo spirituale e filosofico del dovere di ricercare la verità interiore sino al punto di mettere da parte la tecnica della cura di sé. Questo concetto in seguito progressivamente evolve verso una direzione contemporaneamente più pratica e più orientata alla dimensione etica e, per quanto riguarda il discorso sulla salute, la cura di sé deve aiutare gli uomini a sanarsi dei loro vizi e difetti divenendo una sorta di strumento complementare dell'arte medica. La cura di sé persegue quindi lo stesso fine della guarigione, non più solo dei mali fisici ma anche di quelli spirituali.

Tuttavia questi importanti principi (autonomia, cura di sé) penetrano a fatica, o non penetrano per nulla, nel pensiero medico dominante nel tempo antico e, in gran parte, attraverso il medioevo e l'età moderna, fino alle soglie dell'età contemporanea. Infatti, l'autonomia, la capacità di autorealizzazione e la responsabilità della cura di sé, benché presenti nello spirito del tempo e assegnati ad almeno una parte delle persone, non rientrano in modo significativo tra i capisaldi delle relazioni umane in medicina. Essa si preoccupa di regolare soprattutto il potere del medico, ma non di valorizzare la posizione del paziente (vedi il giuramento di Ippocrate). Il paziente, infatti, è ritenuto incapace di prendere giuste decisioni di fronte alla malattia, è ritenuto debole e incompetente anche in forza della propria condizione di malato e, quindi, gli si affida quale unico compito

¹ M. Foucault, *Tecnologie del sé*. in Un seminario con Michel Foucault - *Tecnologie del sé*. Torino, Boringhieri, 1992..
M. Foucault, *Le souci de soi*, Gallimard, Paris 1984, trad. it. *La cura di sé*, Feltrinelli, Milano, 1985.
M. Foucault, *L'herméneutique du sujet*, 2001, trad. it. *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*, Feltrinelli, Milano, 2003,

quello di “obbedire” al medico e di affidarsi a lui in modo totale. A questa posizione passiva, dipendente e, in certa misura, ininfluenza del paziente, corrisponde il primo atteggiamento “bioetico”, quello predominante nella storia del pensiero medico occidentale fino alle soglie del nostro tempo: quello della non maleficenza / beneficenza del medico verso il paziente.

Questo principio si fonda sulla corrispondenza della salute con l’ordine naturale e con il compito del medico di salvaguardare tale ordine naturale, che corrisponde al bene, minacciato nella malattia, nell’interesse del malato e della sua salvezza. La relazione medico-paziente corrisponde a quest’ordine naturale.

Esso tuttavia “non era univoco, poiché al suo interno il medico era considerato il soggetto agente e il malato il soggetto paziente. Il dovere del medico consisteva nel ‘fare il bene’ del paziente e quello del paziente era accettarlo. La moralità della relazione medico-paziente dunque doveva essere una caratteristica “moralità di beneficenza” (Garcia, 2015, pag. 39).

“Nella tradizione ippocratica questa è stata la formulazione classica del principio di non maleficenza/beneficenza: il mio dovere di medico è aiutare i pazienti, o almeno non nuocere loro, invece di informarli o di rispettare le loro decisioni. Tradizionalmente il principio di non maleficenza/beneficenza è stato interpretato come assoluto e indipendente dai sentimenti e dalle opinioni del paziente. Questo è il significato della famosa sentenza scritta nel libro Ippocratico intitolato Epidemie: tendere nelle malattie a due scopi, giovare o non esser di danno. L’arte ha tre momenti: la malattia, il malato e il medico. Il medico è ministro dell’arte: si opponga al male il malato insieme con il medico (ivi, pag. 41).

Questo principio ordinatore della gerarchia medico-paziente implica l’instaurarsi dell’atteggiamento medico nel segno del **paternalismo**, caratterizzato dal fatto che il medico, considerato non solo agente “tecnicamente esperto”, ma anche “agente morale”, poteva e doveva agire secondo la propria conoscenza, per il bene del paziente anche contro la sua volontà (cfr. Garcia, pag. 39).

Il medioevo

La concezione classica, ippocratico-galenica sopravvisse nel medioevo soprattutto per merito della medicina e della filosofia arabo-islamica, che peraltro raggiunse un elevato perfezionamento tecnico nei protocolli di osservazione clinica, ad esempio con Rhazès che, nel IX secolo d.C. effettuò la prima diagnosi differenziale di vaiolo e morbillo (Corbellini, p. 57). Attraverso l’incontro con la cultura araba, in Spagna e in Sicilia, la cultura medica di origine greco-romana rientrò nei territori cristiani e finì per soppiantare le medicine empiriche popolari e monastiche che si erano sviluppate, certo non senza una qualche efficacia, nei secoli successivi alla caduta dell’Impero Romano d’Occidente. Tra i più significativi medici e filosofi arabi che ebbero un’ampia influenza anche nel pensiero medico della cristianità medievale vi fu sicuramente Avicenna, di origine iranica, che nel suo *al-Qānūn fī ṭibb* (Il Canone della Medicina), intorno all’anno 1000 ordinò le dottrine mediche di Ippocrate e Galeno insieme a quelle biologiche di Aristotele. A Cordova

Averroè riprende i temi dell'aristotelismo e considerava il male, compreso quello fisico, come un vizio o un errore nell'esercizio della conoscenza, mentre la conoscenza, perfezionandosi, produce la beatitudine. Sempre a Cordova, ma in ambiente ebraico, Mosé Maimonide redasse "una serie di trattati di interesse medico, ispirati a una concezione etica per cui la conservazione della salute è subordinata all'astinenza dai piaceri, alla sobrietà, alla moderazione dei modi, all'estraneazione dalle passioni (Corbellini, p. 58).

Prima che queste concezioni facessero breccia nel pensiero Cristiano, questo si caratterizzò soprattutto per una presa di distanza dal concetto di salute della medicina antica. Per quanto Cristo non associasse la malattia al peccato e tenesse distinto il male fisico dal male morale, egli tuttavia assume su di sé ogni peccato ed ogni sofferenza umana, proponendosi come il supremo portatore di salute. Non essendo originata dal peccato individuale, la malattia può essere tuttavia inclusa nelle conseguenze sulla creazione della trasgressione di Adamo, insieme alla perdita dell'innocenza e della giustizia. Inoltre la malattia può in certi casi conseguire a trasgressioni morali e ad azioni impure che costituiscono minacce per l'organismo e la salute e, infine, malattia e peccato possono essere disordini tra loro correlati. Nondimeno la salute fisica era considerata un bene, ma non un bene assoluto com'era invece la salute spirituale. D'altro canto la malattia poteva avere anche conseguenze positive, potendo limitare il peccato, redimere, mettere alla prova la pazienza e la fede, confermare che dipendiamo dal volere di Dio. Così la sofferenza poteva essere una via per il perfezionamento interiore.

Secondo Corbellini, "per diversi secoli dell'era cristiana convivettero tre idee della malattia, da cui furono ricavate differenti strategie di cura. Innanzitutto un concetto *spirituale/miracolistico*, per cui la malattia era mandata da Dio e i rimedi a cui ricorrere erano preghiere, sacramenti, esorcismi e culto dei santi e delle reliquie. Quindi un concetto *medico/naturale*, in cui la malattia è intesa come un fenomeno naturale e spiegata sulla base della teoria umorale, da combattere soprattutto con salassi, purghe, diete, farmaci e interventi chirurgici. Infine un concetto *magico*, per cui la malattia era un fatto demoniaco che soltanto pratiche occulte o esorcistiche potevano sconfiggere" (pag. 59).

Il medioevo si caratterizza anche nel mondo cristiano per la ripresa delle scuole mediche (la prima e probabilmente la più famosa è la Scuola Salernitana di Guglielmo da Saliceto, che si richiamava alla tradizione galenica) e per l'introduzione dell'insegnamento universitario della medicina, come a Parigi nel 1110 e a Bologna nel 1158).

L'idea quindi che la caduta dell'Impero Romano abbia prodotto soltanto una concezione spiritualista della salute e delle malattie non trova una piena coincidenza con i fatti. Come in altri campi dell'esperienza e dello sviluppo umano, il medioevo si presenta in modo complesso e assai variegato, con elementi regressivi e progressi, come fucina di rielaborazione di istanze diverse, non sempre originali, ma neppure del tutto prive di una certa innovatività. Un punto importante è rappresentato dal fatto che le istanze spirituali, tanto nella tradizione cristiana quanto in quella islamica ed ebraica, tornano a congiungersi con le istanze fisiche e fisiologiche, anche se è dubbio che in ogni caso si possa realmente parlare solo di un ritorno ad una visione monista di mente e corpo. Permane, contrapposta alla concezione ippocratico-galenica, una visione ellenistico-

cristiana per cui nelle vicende di salute e malattia l'individuo è una persona libera e responsabile, con una propria vita interiore, che poteva trasformare la sofferenza in opportunità per risanare l'anima e guadagnare la benevolenza divina. Si introduce peraltro una concezione della cura come un'assistenza permeata di *Caritas*, del tutto assente nella tradizione della medicina greca e romana (Corbellini, pag. 60). Tuttavia la visione religiosa della malattia si accompagna ad una visione magica che, soprattutto nella cultura popolare avallata comunque dall'inquisizione domenicana nel *Malleus Maleficarum*, comprendeva le malattie tra le opere di Satana e delle streghe. Tale opera malefica si dirigeva soprattutto all'area dei sentimenti, delle relazioni, della follia e della sessualità (Corbellini, pag. 61).

L'età moderna

L'età moderna secondo alcuni storici (es. Livet e Mousnier, 1982) può essere delimitata dalla comparsa e dalla fine delle grandi epidemie pestilenziali, ovvero tra il 1348 (l'anno in cui la Peste Nera colpì praticamente tutta l'Europa) e il 1665, data dell'ultima epidemia di peste in Inghilterra (La Grande peste di Londra). Se adottiamo il criterio della diffusione della peste in Europa, dovremo però dilatare il periodo, considerando che Vienna e l'Europa Centrale furono colpite fino al 1679, la Francia fino al 1720, il Nord Italia fino al 1743 e, a Venezia, ancora nel 1848, il sud Italia fino al 1816, la Spagna fino al 1849, l'Egitto fino al 1844 e la Russia fino al 1889. Secondo questa ricostruzione dunque, l'età moderna può essere ricompresa tra la metà del '300 e la fine dell'800. Questa datazione sarebbe compatibile con l'idea di Barraclough che, sulla base di altro ragionamento, fa esordire l'età contemporanea al terzo quarto del XIX secolo, in coincidenza dell'espansione Russa in Siberia (la ferrovia transiberiana) e con la conquista del West negli Stati Uniti, cioè con l'insediamento continentale di quelle che saranno nel XX secolo le superpotenze mondiali, e con lo sviluppo del sistema economico-industriale nell'intero emisfero settentrionale.

Dal punto di vista delle concezioni della salute, l'età moderna si può caratterizzare per le seguenti linee di sviluppo:

Prima linea di sviluppo: l'emancipazione progressiva e non lineare sia dalla visione magico-religiosa della malattia sia dalla concezione naturalista e funzionalista ippocratico-galenica, verso una concezione riduzionista che cercava di **attribuire alle malattie uno statuto ontologico positivo**, non come mera controparte negativa degli equilibri dinamici del normale funzionamento dell'organismo. Emblematico in *questo* senso fu l'opera di Paracelso (Teophrastus Bombast von Hohenheim) a introdurre l'alchimia nel pensiero medico. Secondo questa visione "iatrochimica" la dinamica di equilibrio o disequilibrio degli umori non poteva spiegare la varietà delle malattie, che invece andavano riconosciute come "specie" differenziate e a cui occorreva contrapporsi sostenendo un principio dinamico del corpo (*archeus*) in grado di contrastare le malattie. In generale la iatrochimica propugnava l'idea che la malattia sia una modalità attiva e positiva, e non la semplice rottura di un equilibrio, e che alla specificità delle malattie occorreva

rispondere peraltro con la specificità del rimedio, con quantità specifiche di farmaco destinato a contrapporsi gli *archei* specifici della malattia. Questa concezione fa della iatrochimica una concezione che precorre la moderna farmacologia, così come il concetto di malattia come dovuto a un agente parassitario esterno principi dinamici (agenti chimici o fermenti) fossero alla base delle funzioni vitali normali o patologiche anticipa l'introduzione in medicina delle tesi biopatologiche della microbiologia e della biochimica (Corbellini, pag. 74).

Seconda linea di sviluppo: la costruzione di veri e propri “sistemi medici” con un proprio impianto epistemologico e con apparati tecnico-strumentali solidamente dominanti nel governo della salute e della malattia (le Università e gli Ospedali). Se la medicina dell'età moderna si appellava crescentemente alle concezioni scientifiche emergenti (alchimia, scienza galileiana, fisica newtoniana) essa cercava nondimeno di instaurare, entro uno statuto scientifico separato, un'epistemologia autonoma per la medicina. L'idea era che la medicina iniziasse là ove le scienze fisiche finivano e che fosse possibile costruire veri e propri sistemi medici specifici, inizialmente fondati sull'individuazione di pochi principi e di leggi semplici della vita in grado di regolare e spiegare la salute e la malattia. Questi principi potevano essere costituiti ad esempio:

- dalla dinamica di fluidi e solidi che compongono il corpo generata da uno spirito vitale (anima immateriale) propria della materia vivente (George Ernst Stahl, 1660-1734);
- dalla ricostruzione di una meccanica razionale dei movimenti e della quantità e qualità degli umori (Friedrich Hoffmann, 1660-1742), o di un gioco di variabili come forze, pesi e pressioni idrostatiche (Hermann Boerhaave, 1668-1738);
- dalla presenza di un principio come la “eccitazione” che John Brown (1735-1788) riteneva l'equivalente in medicina della “gravitazione” della fisica newtoniana, il cui aumento o la cui riduzione produceva rispettivamente le affezioni *steniche* o *asteniche*.

È interessante osservare che i sistemi medici si costituiscono prevalentemente nelle Università, anche a partire dalla necessità di meglio ordinare l'esperienza della medicina in una organizzazione sistematica e disciplinare che potesse essere trasmessa e insegnata agli studenti. Si può dire che questi sistemi furono una delle chiavi su cui si aprì il prestigio dell'Università in Medicina, cioè di una istituzione che entrava come impalcatura strategica, una delle basi del Sistema Medico così come ancora oggi lo conosciamo.

Terza linea di sviluppo: l'**obiettivazione della malattia** dapprima in nosografie e sistemi tassonomici e, successivamente, in una concezione anatomo-clinica, con la progressiva dissociazione del soggetto dalla sua malattia (e dalla salute);

La presa di distanza dalle concezioni ippocratiche della salute prende una particolare configurazione nella costruzione delle tassonomie moderne delle malattie. Mentre, infatti, nella tradizione classica ci “si interessava alla costituzione del malato e non si poneva il problema di attribuire delle etichette alla malattia”, a partire dal XVII secolo e, con maggiore intensità, nel secolo successivo, prendono piede sistematizzazioni dei quadri clinici alla cui base stava la convinzione che “le malattie fossero definibili come

entità cliniche che, dal punto di vista logico, rappresentavano delle ‘specie’ e potevano essere identificate osservando un gran numero di malati e isolando segni e sintomi caratteristici (patognomonic). Sia pure in modi diversi, le classificazioni nosologiche che così si affermavano, traevano ispirazione dal sistema tassonomico delle scienze naturali, proposto nel 1735 da Carlo Linneo, come la *Nosologia methodica* di François Boissier de Sauvages (1763) o la *Synopsis nosologiae methodicae* di William Cullen (1776) o la forse più famosa *Nosographie philosophique* di Philippe Pinel. L’obiettivazione della malattia aveva un’indubbia capacità di sistematizzare la conoscenza e di mettere ordine nell’esperienza medica e di caratterizzare e quindi a rendere controllabile la malattia sulla base dell’insieme di segni che solo in quanto collegati tra loro divengono patognomonic. Tuttavia già allora v’era che ritenesse, come ad esempio Pierre Cabanis (1798) che l’utilità delle nosografie non potesse essere confusa con la presunzione che un ordine funzionale ripecchi una realtà naturale e che al clinico restasse in ultima istanza la responsabilità di stabilire “l’ordine in cui le sue conoscenze e i suoi piani di cura si devono incardinare” (Corbellini, pag. 82). Ma, soprattutto, la nosografia sembra iniziare una nuova tradizione per cui una concezione essenzialista o tipologica della malattia assumeva la fisionomia di un “universale” che ridimensiona il ruolo dell’esperienza individuale della malattia, da cui invece nella tradizione classica non si poteva prescindere. Anche se il pensiero nosologico troverà altra e diversa collocazione nella medicina contemporanea, la perdita di spessore della soggettività che si consolida in questa fase manterrà una propria forte persistenza in quello sia affacci all’inizio della nostra storia recente come paradigma biomedico della salute. Come affermava Foucault (1963) nella nascita della clinica, “con le nosologie settecentesche il malato cessava di essere il soggetto della sua malattia” (Corbellini, pag. 83).

Anche l’approccio anatomo-clinico, che si svilupperà nel corso del XIX secolo in contrasto con le visioni nosologiche, sembra mantenere il soggetto a debita distanza. Esso tuttavia reintroduce l’attenzione agli “stati interni”. Infatti, mentre le tassonomie delle malattie erano fondate sull’osservazione “esterna” dei sintomi, tendenzialmente senza ricorrere alla nozione di stati interni che caratterizzavano la precedente visione classica della malattia, la logica anatomo-clinica non rinuncia a ricondurre la malattia a cambiamenti nello stato interno del corpo. Decisive, in questa direzione, sono le descrizioni delle alterazioni sui corpi prodotte dalla malattia, nel corso del XVII e del XVIII secolo attraverso la pratica delle autopsie. Fu Morgani nel 1761 con una rassegna di 700 autopsie a proporre una distinzione tra lesioni causate dalla malattia e lesioni che producono una malattia. “Con Morgani la malattia cessava di essere una creazione dell’immaginazione medica o un’ontologia funzionale a qualche teoria, o un’ipotesi pur razionale: diventava una realtà visibile, palpabile e persino quantificabile (dimensione e peso), come per esempio nel restringimento di un vaso e nella dilatazione di una cavità naturale” (Corbellini, pag. 84). E’ nel corso dell’ottocento però che prende progressivamente piede una definizione clinica della malattia, attraverso una sistematica connessione tra sintomi e lesioni caratteristiche, localizzate a livello di particolari organi o tessuti. Ciò fu reso possibile dalla combinazione tra osservazione dei sintomi, della loro evoluzione, fino alla morte del paziente, e alla *verifica anatomica*, con l’osservazione delle lesioni nell’autopsia. Gradualmente, la verifica autoptica (che naturalmente aveva

il non lieve inconveniente di poter avvenire solo dopo la morte del paziente) fu sostituita dall'invenzione dell'esame fisico. Già Morgani introdusse l'ispezione rettale, l'esplorazione degli orifizi, la palpazione e l'auscultazione del malato. Le tecniche per l'esame fisico si diversificheranno nel corso dell'800 con la diffusione della *percussione toracica*, dell'auscultazione tramite *stetoscopio* (Laennec, 1817).

Si colloca qui, dunque, anche l'introduzione di tecnologie in grado di quantificare e obiettivare il funzionamento degli organi in forma numerica o grafica segnarono una svolta nell'esame clinico, con lo *sfigmomanometro*, l'*elettrocardiografo* e l'*elettroencefalografo*. Altrettanto importanti furono gli strumenti che consentivano di "vedere" l'interno del corpo, come l'*oftalmoscopio* o il *laringoscopio* o, l'introduzione della radiologia operata da Roentgen, con la scoperta nel 1895 degli omonimi raggi (chiamati solo in Italia Raggi X), con una logica anatomo-clinica che persiste nelle attuali concezioni e pratiche dell'*imaging*. L'incontro così massiccio della tecnologia nell'esplorazione dell'universo della salute e della malattia rappresenta un'eredità fondamentale per la cultura della salute e della medicina nell'età contemporanea.

Quarta linea di sviluppo: L'acquisizione di una concezione della salute come una fenomenologia che non riguarda solo le vicende individuali, ma intere popolazioni e, congiuntamente, la coniugazione della *nascita della clinica* con la nascita delle filosofie dello Stato e con le pratiche di governo orientato al benessere e alla ricchezza delle popolazioni.

L'intervento pubblico (politico) sulla salute diventa massiccio, ma nel corso del XIX secolo v'è, secondo Foucault, un importante cambiamento nel XIX secolo, il passaggio dal potere "sovrano" che agiva appunto dall'alto, con la spada, esercitando il diritto "di far morire o lasciar vivere" i suoi sudditi, a un potere che invece vuole organizzare, ordinare, dirigere la popolazione e vuole quindi gestire la vita, non più la morte! Paradossalmente la morte non esce affatto dal panorama, ma viene sfruttata come strumento per ottenere "un più" di vita. Perché proprio nell'epoca contemporanea si sono viste le più crudeli e terribili guerre e stragi dell'umanità? Facciamo rispondere Foucault: «le guerre non si fanno più in nome del sovrano che bisogna difendere; si fanno in nome dell'esistenza di tutti; si spingono intere popolazioni a uccidersi reciprocamente in nome della loro necessità di vivere».

Nell'emergere della pratica biopolitica si crea un nuovo modo di intendere il concetto di popolazione, come corpo compatto governato da determinate e precise leggi. Queste leggi vanno quindi studiate, analizzate e conosciute al fine di piegarle verso il proprio interesse di governanti e per il mantenimento del corpo stesso, tramite determinati dispositivi quali possono essere la demografia e la statistica, o con l'inquadramento in determinati organismi come l'esercito e la. L'analisi di Foucault procede individuando l'importante e indissolubile legame tra biopolitica e capitalismo: le nuove tecniche di potere agiscono specialmente a livello dei processi economici, per consentire contemporaneamente la crescita e la docilità, ovvero la governabilità della popolazione.

L'obiettivo sbandierato è quello del raggiungimento del benessere "per tutti", che naturalmente fa gola al soggetto popolazione, ma questo benessere come si raggiunge? Ed è davvero un benessere di tutti? Vediamo il modo in cui concretamente agisce il potere

che proclama il benessere per tutti. Secondo Foucault più che promulgando leggi da far rispettare, il potere biopolitico agisce creando una “norma” che va seguita se si vuole rientrare nei parametri di chi ha diritto al benessere, fornendo tecniche (come ad esempio quella medica) che permettano di rientrare in questi suddetti parametri.

Per Foucault la biopolitica è il terreno in cui agiscono le pratiche con le quali la rete di poteri gestisce le discipline del corpo e le regolazioni delle popolazioni. È un'area d'incontro tra potere e sfera della vita. Un incontro che si realizza pienamente in un'epoca precisa: quella dell'esplosione del capitalismo.

- Il biopotere, potere sulla vita, si è sviluppato nei secoli XVII e XVIII in due direzioni principali e complementari:
- la gestione del corpo umano nella società dell'economia e finanza capitalista, la sua utilizzazione e il suo controllo
- la gestione del corpo umano come specie, base dei processi biologici da controllare per una biopolitica delle popolazioni

Il controllo delle condizioni della vita umana diventa un affare politico. Si rovescia la vecchia simbologia del potere, legato al sangue e al diritto di morte, in una nuova, in cui il potere garantisce la vita. In questo modo il potere, più di prima, ha accesso al corpo. Ma al contempo il Novecento mostra che nella modernità più che mai nella storia la politica mette in gioco la vita delle persone. Conseguenza dell'irruzione del biopotere è che la legge concede spazio alla norma: la struttura rigida della legge permette di minacciare la morte, ma la norma è più adatta a codificare la vita. Per questo il Liberalismo è il quadro politico che fa da sfondo alla biopolitica. In questo, secondo Foucault, si inserisce l'azione di resistenza al potere: rivendicare la vita, piena, non alienata, la soddisfazione dei bisogni e dei desideri, la salute e la felicità.

Discipline che vanno dalla chimica e biologia alla genetica e alla scienza statistica, saperi quali la demografia, la psichiatria, la sociologia, la criminologia, la sessuologia hanno contribuito a tratteggiare le linee della “normalità” e a fornire alle sfere di potere gli strumenti concettuali per la gestione delle attività biologiche.

Foucault, continuando e approfondendo la riflessione di Georges Canguilhem, individua nell'affermazione del binomio normale-patologico (o deviato) nella scienza medica, nell'imposizione di sistemi di previdenza o assicurazione in sfera economica, nell'avvento di igienismo e eugenetica, le tappe fondamentali attraverso le quali si attua questo passaggio alla biopolitica. Questa importante considerazione di Foucault non inficia che il “benessere” delle persone acquisti gradualmente una diversa accezione e una diversa dimensione che, proprio nell'età moderna cominciano a delinearci come centrali e che saranno per molti aspetti contenuti nelle grandi tradizioni politiche del liberalismo, prima, e del socialismo, un secolo più tardi: l'idea “di autonomia e di giustizia” e l'idea di salute e benessere come “bene comune”.

Diego Garcia (1988, 2015) attribuisce alla Riforma protestante l'origine dell'idea di **autonomia**.

“In effetti, se la Riforma protestante ha voluto e ottenuto qualcosa, questo è la sostituzione dell'idea di ‘ordine’ con quella di ‘autonomia’ e di quella di *ordine naturale* con quella di *ordine morale*. Da ciò nasce il secondo grande paradigma morale della storia

occidentale, le cui origini sono intrecciate con la progressiva scoperta dei diritti umani dal tempo di Locke ai giorni nostri” (Garcia, 2015, pag. 44)

L’idea di autonomia e di ordine morale assegna alla ragione un primato rispetto all’ordine normativo della natura e dunque la fondazione dei diritti umani non è naturale, ma razionale e morale. Una conseguenza di ciò al livello delle relazioni umane fu che l’idea medievale di un ordine gerarchico, verticale, monarchico e paternalista finì col divenire obsoleta e destinata ad essere sostituita dall’idea dei diritti civili e politici entro una concezione più orizzontale, simmetrica e democratica. Lungo questa linea, il liberalismo introdusse una lunga parabola di affermazione del valore dei “Diritti universali” lungo il XVII e il XVIII secolo. L’idea di Locke che “la ragione [...] insegna a tutti gli uomini, purché vogliano cinsultarla, che, essendo tutti uguali e indipendenti, nessuno deve recar danno ad altri nella vita, nella salute, nella libertà e nei pssessi” (Locke, 1989, p. 231), trova un’eco significativa nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani dell’ONU del 1948 laddove afferma di aver “fede nei diritti umani fondamentali, nella dignità e nel valore delle persone umane, nell’uguaglianza dei diritti di uomini e donne di nazioni piccole e grandi” (cfr. Garcia, 2015, pp.46-47).

Il socialismo del XIX aggiunse a questi diritti civili e politici un nuovo insieme di diritti umani. Non era più sufficiente, per il socialismo, una libertà dalle coercizioni esterne perché:

“per quanto uno possa essere *libero da* coercizioni esterne, non può vivere in una condizione sociale adeguata se non ha un’effettiva *libertà di* lavorare, farsi una famiglia, crescere dei figli, ecc., questa libertà essendo garantita dai diritti economici, sociali e culturali. Per questo motivo il socialismo cominciò a considerare la ‘*libertà da*’ come un diritto puramente formale a fronte della ‘*libertà per*’, questa sì considerata come un *reale* diritto “ (ivi, pag. 47)

Tutto questo non può che avere, almeno in una prospettiva di lungo periodo, delle importanti conseguenze sulle relazioni e sui modelli umani che caratterizzano il campo della medicina e della cura. In primo luogo, l’idea di autonomia porta a ridelineare il principio ippocratico di non maleficenza/beneficenza e, in secondo luogo, la salute smette di essere definitivamente un fatto esclusivamente privato, per divenire un fenomeno pubblico, oggetto delle cosiddette “politiche sanitarie”. Tuttavia entrambe queste conseguenze dovranno attendere almeno l’esordio del XX secolo prima di imporsi come ineluttabili per la medicina.

Vediamo innanzitutto l’effetto dell’idea di autonomia:

“L’idea nuova che comincia ad affacciarsi è che nessuno può essere beneficente verso altri senza rispettare la sua autonomia, e dunque la sua volontà. La beneficenza diventa inseparabile dall’autonomia. Anche la non maleficenza, ma in un altro modo [...]. Le idee di bene differiscono da persona a persona, ciascuno ha la propria; perciò i doveri di beneficenza sono personali e non trasferibili. Al contrario, il contenuto del principio di non maleficenza dovrebbe essere lo stesso per tutti, perciò dovrebbe essere stabilito facendo ricorso a regole di universalizzazione, imparzialità e simmetria. E poiché i doveri di non maleficenza generano diritti in altre persone, come sostiene Mill, questi non sono soltanto morali, ma anche legali e prendono la forma di leggi positive che possono essere rese effettive con la forza” (ivi, pp. 45-46).

Contrariamente all'idea ippocratica che considera il paziente di per sé incompetente e debole sia dal punto di vista fisico che da quello morale, e quindi affidato alla guida del medico, come unico responsabile di un'azione orientata alla beneficenza e alla non maleficenza, si fa strada l'idea che questi due principi non possano essere semplicemente affidate alla sola coscienza del medico, ma che essi debbano essere messe in relazione con un nuovo e diverso posizionamento dei pazienti: essi divengono "consapevoli del loro stato di agenti morali autonomi, e cioè liberi e responsabili, espressamente rifiutando in ambito sanitario ogni tipo di infantilizzazione, e cercando invece un tipo di relazione adulta basata sul rispetto reciproco" (ivi, pag. 49). Questo nuovo atteggiamento finirà con l'entrare in collisione col paternalismo che ha pervaso per secoli la relazione asimmetrica tra medico e paziente, che "la espone certo a un ampliamento della conflittualità, ma allo stesso tempo a un ampliamento della creatività morale. Medici e pazienti non sono più dei delegati morali o degli obbedienti subordinati, ma agenti morali liberi" (ivi, pag. 50). Ma questo risultato non sarà acquisito prima del settimo-ottavo decennio del secolo scorso.

Anche l'altro versante dell'impatto delle idee della modernità dovrà aspettare almeno il XX secolo per essere pienamente accolta dalla medicina. Si tratta l'idea di far rientrare la relazione medico-paziente e la cura entro un contesto di relazioni più ampie e di un'organizzazione sociale più organica, come quella costituita da politiche sanitarie e sociali presiedute dalla sovranità dello Stato. L'attenzione ai diritti economici, sociali e culturali nel XIX e XX secolo non poteva certo non estendersi alla salute. Al contrario essa acquista una posizione di rilievo tra le rivendicazioni delle classi popolari e diviene un punto di riferimento per il pensiero socialista, almeno a partire dalla rivoluzione industriale dell'inizio dell'800, come dimostra, ad esempio, lo studio di Engels sulle "condizioni della classe operaia in Inghilterra" del 1844.

"In questa prospettiva la salute non può più essere considerata una questione puramente privata o un dato naturale, ma piuttosto materia di interesse pubblico e perciò una questione squisitamente politica. Questo segna l'inizio della politica sanitaria come parte integrante della politica del welfare. Lo stato sociale, che nei paesi occidentali è stato identificato con il Welfare State, fa della protezione del diritto alla salute una delle sue priorità" (ivi, pag. 53).

Questa consapevolezza non potrà non coinvolgere anche i sistemi di pensiero della medicina. Se nel corso del XIX e XX secolo ciò ha corrisposto all'idea di una medicina "filantropica", attenta alla povertà, come estensione del pensiero paternalista più tradizionale e della vocazione antropologica della medicina (Cosmacini, 1987, 2015), l'attenzione alle dimensioni sociali della salute e della malattia e uno sguardo alla popolazione e non solo all'individuo si concretizzerà nel corso del XX secolo, e soprattutto dopo la seconda guerra mondiale, in una svolta sociale della epidemiologia e in una decisa focalizzazione del pensiero dell'igiene medica verso la prevenzione e la promozione della salute. Un altro versante importante in questa direzione sarà la trasformazione dei modelli organizzativi della sanità e la trasformazione della professionalizzazione della medicina verso un atteggiamento più protagonista delle politiche sanitarie, da taluni ritenuto più manageriale, da altri più burocratizzato (cfr. Crossley, 2000; Chamberlain, 2010).

Modelli di salute e malattia nell'età contemporanea

Un po' semplicisticamente, si usa spesso il contrasto tra approccio o modello medico (biomedico) e approccio biopsicosociale per descrivere la principale tensione teorica e metodologica nelle concezioni della salute. Altrettanto semplicisticamente, questa separazione vorrebbe confinare il pensiero medico nel primo approccio e vedere una prevalenza dei contributi delle scienze umane (psicologia, sociologia e antropologia) nel secondo. In realtà, il panorama degli ultimi decenni risulta alquanto più articolato e complesso, collocandosi in uno scenario epistemologico alquanto mutevole che ha finito con l'investire sia le scienze tradizionalmente più "dure", sia la medicina e le scienze umane. Nessuna di queste si lascia ormai confinare entro paradigmi positivisti, fisicalisti, lineari e riduzionisti, mentre prevale decisamente il senso di una complessità pervasiva che richiede di rivedere posizioni e pregiudizi reciproci.

Lo scenario contemporaneo si caratterizza per una complessa ridefinizione degli assunti di base proprio nel pensiero e nella pratica della medicina, sulla base di scoperte fondamentali che hanno profondamente inciso sulle concezioni della salute e della malattia.

Dalla scoperta delle cellule alla genomica

A partire la seconda metà del 1800 e durante il 1900 prende crescente consistenza la convinzione che la malattia non possa essere considerata una realtà autonoma, ma debba trovare una propria collocazione tra la dinamica intraorganismica a livello cellulare, molecolare, genetico e la sua interazione con la presenza parassitaria di agenti microbici esterni.

La pubblicazione, nel 1858, della Patologia cellulare basata sull'istologia patologica e fisiologica, di Rudolph Virchow, introduceva stabilmente in medicina l'idea, originariamente concepita nella botanica, che l'organismo sia composto di cellule e che il livello cellulare debba essere considerato sede di malattie quali le infiammazioni, le trombosi e i tumori. Ciò faceva intravedere la centralità, nella patologia, dei modi in cui in cui si organizzavano a livello cellulare le strutture fisiologiche e le disposizioni interne della cellula. Questa concezione ridimensionava fortemente la pretesa delle malattie come entità autonome che le condizioni di salute e malattia fossero governate da modalità e leggi di funzionamento diverse nella sostanza. "La malattia con Virchow diventa una manifestazione della vita a fronte di condizioni modificate, condizioni caratterizzate dalle stesse leggi ordinarie, chimiche e fisiche, che governano l'organismo vivente dalla nascita alla morte" (Corbellini, pag. 92).

Tale concezione non viene contraddetta interamente dalla progressiva emergenza della batteriologia. Inizialmente, la scoperta massiccia dell'*origine microbica delle malattie*

infettive da parte di studiosi come Edwin Klebs (1834-1913) e Louis Pasteur (1822-1896) e codificata nei postulati di Kock (1843-1910), scopritore dell'eziologia microbica del carbonchio e della tubercolosi, portava a identificare biologicamente la malattia infettiva con il microbo specifico. Tuttavia questa definizione eziologica “non si sposa necessariamente con una concezione ontologica della malattia, e il concetto parassitario è compatibile con l'idea che il fenomeno morboso rappresenti un evento dinamico prodotto da un'interazione fisiologica costantemente sottoposta a pressioni evolutive tra due specie viventi” (Corbellini, pag. 97).

Anche le “*malattie da carenza*”, mettono in luce la necessità di tornare ad una nuova attenzione alle dinamiche interne e non solo alla presenza di agenti esterni di tipo microbico. Tali malattie potevano essere determinate dalla mancanza di sostanze necessarie all'organismo, a causa di disequilibri nell'alimentazione (lo scorbuto, il gozzo endemico) e più in generale “trovano la loro eziologia in un deficit di sostanze che hanno la natura di basi organiche e che chiamiamo vitamine”. D'altra parte lo sviluppo della chimica fisiologica e la nascita dell'endocrinologia evidenzia il fatto che alcune patologie originino dal malfunzionamento delle ghiandole, cioè degli organi che producono secrezioni interne.

La scoperta del **sistema immunitario** mette poi in evidenza la complessità della dinamica di difesa dell'organismo ai microrganismi patogeni e alle sostanze tossiche, realizzata mediante anticorpi e con un sistema complesso di cellule e strutture molecolari. Ma le reazioni immunitarie, oltre a questa funzione di difesa, può comportare effetti dannosi per l'individuo, come le ipersensibilità, l'anafilassi, le allergie (determinate da iperattività immunitaria) le malattie autoimmuni, come la tiroidite di Hashimoto, e ad una eziologia autoimmune vengono crescentemente attribuite patologie cronico-degenerative. Un capitolo a parte spetta poi a malattie da deficit del sistema immunitario stesso, che può essere sia congenita, come l'agammaglobulinemia, sia acquisita, come l'infezione da HIV e l'AIDS.

Nel frattempo emergeva una crescente attenzione a malattie dovute ad anomalie chimiche dell'organismo, per cui il dato morfologico e anatomopatologico veniva integrato o addirittura sostituito dalla biochimica. Prende consistenza lo studio delle alterazioni e delle malattie metaboliche e si introduce il concetto di “**malattie molecolari**”, come l'anemia falciforme, dovuta a un'anomalia dell'emoglobina. Con crescente evidenza, molte patologie manifestavano problematiche a livello delle proteine e, con la scoperta del DNA, il livello molecolare coinvolto diviene quello degli acidi nucleici. Questo spostamento collocava a **livello genetico** l'origine di molte malattie e apriva una forte prospettiva alla medicina con la scoperta della genomica, spesso reintroducendo una visione deterministica e unilaterale della relazione tra “anomalia genetica” e “funzionamento anormale dell'organismo”.

L'organismo come sistema complesso e la centralità delle relazioni organismo-ambiente

In realtà questa traiettoria complessa e non lineare, per linee di sviluppo che si sono avvicinate, intrecciandosi e talora contraddicendosi se assunte in modo esclusivo e unilaterale, apre la strada ad una più articolata comprensione dei modi in cui l'organismo e le sue relazioni con l'ambiente entrano in gioco nelle vicissitudini di salute e malattia. Vale la pena di riflettere su diversi ordini di fattori che concorrono a ridefinire la concezione attuale di salute e malattia anche entro lo sviluppo del pensiero medico:

- Collegamento tra sistemi dell'organismo
- Relazione tra informazione genetica e stato funzionale
- Ambivalenze della medicina nei confronti della soggettività e della personalizzazione

Il sistema immunitario e il collegamento tra sistemi dell'organismo

La scoperta e la crescente importanza degli studi sul sistema immunitario si sono rivelati storicamente centrali nel conferire alla medicina uno statuto scientifico più solidamente delineato. Essa ha contribuito soprattutto a ridefinire l'individuo come concreta unità di analisi della medicina e della biologia, ma in modo sensibilmente diverso ed evitando di collocarlo semplicemente al livello dell'integrazione fisiologica, o a quello dell'identità genetica o delle unità evolutive previste dalla TENS (Teoria dell'evoluzione per selezione naturale). Tutte queste concezioni, prese separatamente, sono generalmente applicabili alla gran parte della nostra esperienza comune di individuo, ma falliscono quando si trovano di fronte, ad esempio, alla necessità di distinguere, ad esempio, tra cellule e organismo (essendo entrambi fisiologicamente integrati) o tra organismi come gli afidi, nella fase di generazione per gemmazione, essendo tutti portatori dello stesso genoma e quindi non in competizione evolutiva. Laddove le definizioni genetiche, fisiologiche ed evolutive di individuo eccedono nel riconoscere come criterio di base quello della omogeneità (letteralmente: *della stessa origine*), l'immunologia sembra implicare una distinzione non sulla base dell'origine (interna o esterna), ma sulla base del funzionamento sistemico. Così, mentre l'integrazione della cellula agisce a livello locale, il funzionamento immunitario agisce a livello sistemico tra le diverse componenti dell'organismo, delle quali solo una significativa minoranza ha la stessa origine genetica. Infatti l'organismo è fatto sia di componenti omogenee, sia di componenti eterogenee:

“An organism is made of constituents that do not need to have originated in it. In other words, an organism is made of many foreign things, it is never endogenously constructed. I can illustrate this heterogeneity by an examination of the functional role of indigenous symbiotic bacteria in mammals (Hooper and Gordon 2001). For example, each human being is constituted of indigenous symbiotic bacteria that clearly outnumber his or her 'own' cells, originating from the egg cell. The majority of these bacteria live in our intestine. Most of them are obligatory symbionts, meaning that they cannot survive outside the host, and the host cannot survive in their absence. They play indispensable physiological (functional) roles: in particular, gut bacteria are needed for digestion. Strikingly, these symbiotic bacteria, far from being foreign enemies that our immune system should fight, also play an indispensable immune role in our bodies (Noverr and Huffnagle 2004).

Su questa base l'immunologia può chiarire che cosa si debba intendere per individuo:

“An organism is a functionally integrated whole, made up of heterogeneous constituents that are locally interconnected by strong biochemical interactions and controlled by systemic immune interactions that repeat constantly at the same medium intensity” (Pradeu, 2010).

La distinzione classica *self-non self*, a lungo considerata basilare e caratteristica del funzionamento del sistema immunitario sembra lasciar posto a più complesse modalità di funzionamento. Infatti, mentre, come si è detto sopra, il sistema agisce secondo criteri che includono esseri viventi eterogenei rispetto al patrimonio genetico (batteri simbiotici), esso reagisce a parti originate dall'organismo, come nei processi dell'*autoreattività* che rappresentano una modalità essenziale per il funzionamento di linfociti e macrofagi e nella regolazione (*downregulating*) dell'attività delle *T-cells*.

Lo studio del sistema immunitario, peraltro, evidenzia la connessione intersistemica con gli altri sistemi di regolazione organismica, come il sistema endocrino e il sistema nervoso, sia centrale che vegetativo (cfr. Solano, 2013, pp.130-135). Così nei ratti l'ablazione della corteccia cerebrale sembra influenzare il funzionamento del sistema immunitario attraverso la riduzione della risposa anticorpale (emisfero sinistro); lesioni a livello dell'ipotalamo riducono fenomeni di ipersensibilità e della risposta ai mitogeni, che si intensificano invece con la stimolazione delle medesime aree. Un importante dispositivo di collegamento tra i due sistemi è rappresentato dagli assi che connettono l'ipotalamo alle ghiandole surrenali, attraverso l'ipofisi e il sistema nervoso vegetativo. Lungo questi assi si dispone la produzione di ormoni come il CRH e ACTH e di corticosteroidi e, in particolare del cortisolo, che sono in grado di ridurre o inibire le funzioni immunitarie. L'effetto delle stimolazioni stressanti sul sistema immunitario sono probabilmente mediate dai corticosteroidi, la cui produzione può essere incrementata da 3 a 10 volte in presenza di stimolazione emozionale stressante. Altri effetti del sistema endocrino sul sistema immunitario sono a carico dell'ormone della crescita (GH, della prolattina), dell'adrenalina e della noradrenalina, per i quali le cellule del sistema immunitario posseggono recettori specifici. Un ruolo importante è poi attribuibile ai neuropeptidi:

“Le endorfine, essenzialmente β -endorfina e metencefalina, vengono prodotte sia dall'ipotalamo sia dalle surrenali in condizioni di stress. Presentano effetti contrastanti, anche in funzione della specie e della metodologia utilizzata (...). L'effetto globale viene però in genere considerato immunosoppressivo. Stessi effetti presentano evidentemente gli oppiacei esogeni (morfina, eroina, ecc.) e questa è una delle spiegazioni dell'aumentata suscettibilità alle malattie infettive (compresa l'infezione da HIV) nei tossicodipendenti” (Solano, 2013, p. 133)

Parallelamente, l'attivazione del sistema immunitario ha effetti sul funzionamento del sistema nervoso centrale, anche attraverso la capacità dei linfociti di produrre ACTH, CRH, GH, prolattina, neuropeptidi. “In questo modo finisce col realizzarsi un *completo circuito di feedback, che permette al sistema nervoso e al sistema immunitario di influenzarsi reciprocamente*” (Solano, 2013, p. 134).

Relazione tra informazione genetica e stato funzionale

La scoperta del DNA da parte di Crick e Watson nel 1953 ha dato un forte impulso alla ricerca genetica, arrivando fino alla mappatura del genoma umano. L'effetto della genetica sulla conoscenza delle malattie e delle modalità di funzionamento dell'organismo è stato senza dubbio dirompente. Per diverso tempo ciò ha contribuito ad un atteggiamento riduzionista e deterministico, poiché in molti casi la storia delle condizioni di salute e di malattia poteva sembrare interamente inscritta nel patrimonio genetico degli individui. Tuttavia questo atteggiamento sembra ormai ampiamente messo in discussione.

Come dice Corbellini (pag. 118 e seguenti),

“Le aspettative riguardanti l'applicazione della genomica alla medicina sono state e sono ancora largamente ispirate da un modello monocausale e lineare del rapporto tra il livello genotipico e quello fenotipico, e sul piano della determinazione genetica e sul piano della determinazione genetica della malattia è del tipo “gene anomalo → funzionamento anormale”.

In realtà,

“L'informazione del DNA è solo potenzialmente rivelatrice dello stato funzionale. L'anormalità del DNA o nella catena causale può o non può avere conseguenze per la salute che consideriamo significative, come è peraltro implicito nel concetto di polimorfismo genetico. Due persone prese a caso differiscono in media tra loro per circa il 10% dei nucleotidi che costituiscono le rispettive sequenze genomiche. Questo significa che anche le malattie sono polimorfiche e che, per distinguere tra normale e anormale, è necessario che sul piano della distribuzione dei differenti geni si conosca quali tipi di geni esistono, quali tipi di fenotipi e funzioni sono associati a questi geni e quali ambienti e norme di reazione sono in gioco nell'espressione dei geni. Il tutto correlato con il contesto ambientale in cui un determinato funzionamento è stato selezionato nel corso della filogenesi. Solo a quel punto si può avere una definizione esaustiva della malattia”

Anche per queste ragioni ogni predittività del rischio genetico risulta oggi esageratamente semplicistica e inutilmente allarmista.

“In realtà meno del 5% dei pazienti con tumori al seno o al colon sono positivi ai test genetici per tali tipi di tumori; una percentuale anche minore è ad alto rischio di sviluppare un Alzheimer, un Parkinson o un glaucoma per il fatto di aver ereditato un allele a elevata penetranza che conferisce una suscettibilità per queste malattie. Ciò dipende semplicemente dal fatto che il motivo per cui un individuo si ammala e il modo in cui evolve la malattia non sono mai determinati da un solo gene e tanto meno dipendono esclusivamente dal suo genotipo, ma anche dalle particolari esperienze che hanno concorso durante lo sviluppo, la crescita e la vita adulta a modulare o interferire nell'espressione dell'informazione genetica per produrre quel particolare disturbo delle capacità adattive”

Ambivalenze in medicina su soggettività e personalizzazione nella relazione col paziente

Si può dire che il XX secolo abbia portato a compimento alcune linee del “programma” della medicina dell’età moderna, ma per altri aspetti le linee di sviluppo della medicina hanno preso strade più contraddittorie e ambivalenti entro le quali si aprono spazi di ripensamento e di rinnovamento del pensiero medico. Il cosiddetto modello biomedico, in realtà, sembra più ancorato nella filosofia implicita della medicina moderna e nell’eredità ipocratica che non nella diffusa consapevolezza del pensiero e delle pratiche contemporanee della medicina. In esse sono presenti piuttosto istanze contraddittorie e punti di vista molto articolati che contraddistinguono il posizionamento delle diverse branche della professione e delle istituzioni mediche. Anche se la focalizzazione sulle tecniche e su concezioni eziologiche specifiche sembra in alcuni momenti caratterizzarsi in senso riduzionista, questa appare una semplificazione di un più ampio ventaglio di atteggiamenti, variamente rappresentati nelle diverse istanze della medicina.

Guarigione vs razionalizzazione.

Proprio nel momento in cui la medicina è fuoriuscita da una lunga gestazione durante la quale la sua efficacia nel produrre guarigione era tutta da dimostrare e i medici facevano piuttosto fatica a distinguere la propria reputazione da quella dei ciarlatani e degli stregoni, la guarigione stessa ha cessato di essere il parametro aureo per la valorizzazione sociale della medicina. A questo proposito, Isabelle Stengers, piuttosto efficacemente sostiene che ciò che ha finito col differenziare il medico dal ciarlatano è che quest’ultimo continua a brandire la guarigione come prova (Stengers, *Medici e Ciarlatani*). La regola aurea della medicina si sposta inesorabilmente verso la possibilità di una spiegazione razionale della malattia.

“La questione della razionalità della medicina non appartiene al solo paesaggio delle pratiche che si riferiscono alle scienze moderne, e non è nemmeno una questione di tipo “epistemologico”. Noi, medici e cittadini, siamo inseriti in una tradizione che ha inventato la razionalità come posta in gioco, come fattore discriminante circa i futuri da noi costruiti. Essa è per noi portatrice di obblighi e di esigenze che, nel bene e nel male, ci fabbricano e ci costringono a pensare. In tal modo siamo iscritti in una tradizione formidabile” (Stengers, 1996, pag.145-6).

La guarigione, fuori dalla regola aurea della razionalità, finisce con l’essere fonte di sospetto e non fattore di convinzione. Inevitabilmente l’aspettativa della guarigione non può più essere l’unico punto di riferimento nella relazione tra medico e paziente. Anche a questo è dovuta l’idea che la figura del medico come “pedagogista” della guarigione non possa validamente essere accolta e mantenuta, se non rivedendo radicalmente la concezione medica tradizionale di “guarigioneE”

Il ragionamento di George Canguilhem in proposito è particolarmente significativo. Canguilhem prende le distanze dalla tendenza generale

“ à concevoir la guérison comme fin d’une perturbation et retour à l’ordre antérieur, ainsi qu’en témoignent tous les termes à préfix *re-* qui servent à en décrire le processus : restaurer, restituer, établir, reconstituer, récupérer, etc. En ce sens, guérison implique réversibilité des phénomènes dont la succession constituait la maladie (Canguilhem, 1978/2002, pag. 75).

Questa possibilità di guarigione come « restitutio ad integrum » è però contraddetta dalle leggi della fisica e dal secondo principio di termodinamica “à la loi générale d’irréversibilité et de non-retour à un état antérieur”, per cui “La médecine ne peut ignorer qu’aucun guérison n’est un retour”. Inoltre i successi stessi della medicina producono una nuova forma di ansietà e conferma l’ineluttabilità del declino dell’organismo:

“Si l’augmentation de la durée de vie vient confirmer la fragilité de l’organisme et l’irréversibilité de sa déchéance, si l’histoire de la médecine a pour effet d’ouvrir l’histoire des hommes à la nouvelles maladies, qu’est-ce donc la guérison ? un mythe ? » (pag.

Il concetto di guarigione non può tuttavia essere totalmente abbandonato. Se rinvia a una condizione ineliminabile, la presenza di un elemento di soggettività “la référence à l’évaluation du bénéficiaire” (pag. 69) , dall’altro lato, essa non può essere ridotta all’effetto di un trattamento causale che restituisce ad una condizione anteriore dell’organismo. Per cui la pedagogia della guarigione non potrà ridursi ad alimentare aspettative di affidamento efficace alle tecniche o alle istituzioni, per una illusoria garanzia dell’integrità del proprio organismo e delle proprie relazioni, ma dovrà semmai trovare un punto di connessione tra la necessità di “instruire le malade de sa responsabilité indélégable dans la conquête d’un nouvel état d’équilibre avec les sollicitations de l’environnement” (pag. 98) e “l’épreuve de réalité” che porterà a raggiungere la consapevolezza che

« la vie de l’individu est, dès l’origine, réduction des pouvoirs de la vie. Parce que la santé n’est pas une constante de satisfaction mais l’a priori du pouvoir de maîtriser des situations périlleuses, ce pouvoir s’use à maîtriser des périls successifs. La santé d’après la guérison n’est pas la santé antérieure. La conscience lucide du fait que guérir n’est pas revenir aide le malade dans sa recherche d’un état de moindre renonciation possible, en le libérant de la fixation à l’état antérieur ».

« apprendre a guérir, c’est apprendre à connaître la contradiction entre l’espoir d’un jour et l’échec, à la fin. Sans dire non à l’espoir d’un jour » (pag. 99)

Razionalizzazione vs soggettivazione

Dalla scomparsa della soggettività del malato all’individualizzazione dell’unità di analisi della malattia e della salute con il pensiero genetico e immunologico, alla personalizzazione della relazione medico-paziente, alla “customerizzazione” della relazione tra paziente e istituzione medica, alla “socializzazione” dell’epidemiologia).

La razionalizzazione della medicina si è peraltro accompagnata con una progressiva espulsione della soggettività. Foucault, come si è visto, fa risalire l’origine di questo movimento alle nosologie sei-settecentesche. Vi sono però altri tre momenti determinanti nella progressiva obsolescenza della soggettività nella relazione col medico:

- In primo luogo v’è il progressivo obbiettivarsi dell’esame clinico, anche con l’ausilio crescente degli strumenti e delle tecnologie, entro una relazione medico-paziente destinata a trasformarsi radicalmente :

“All'alba dell'Ottocento, la comparsa di nuovi strumenti come lo stetoscopio e l'ampliamento dell'esame clinico con l'auscultazione, la percussione e la palpazione, modificano radicalmente tale rapporto. Se in precedenza poteva ascoltare la parola del malato (sia pure per mera convenienza sociale come prevedeva il modello galenico), ora il medico interviene attivamente sul corpo suscitando quei segni che gli diranno con certezza, al posto del vissuto inattendibile del paziente, con quale patologia egli si trova a confronto: il segno evocato dal medico rivelerà il male ancor prima che un sintomo lo possa far supporre. Qui prende inizio quell'artificialismo (come lo chiama Canguilhem) che troverà nel Novecento e poi in questi ultimi decenni uno sviluppo rigoglioso tuttora in progressiva espansione e certo assai promettente. In modo complementare il malato diventerà sempre meno interessante in quanto soggetto che richiama l'attenzione del medico sulla propria situazione e commenta i propri sintomi” (Guerra, 2006, pag. 74).

- Un secondo momento è rappresentato dalla crescente rappresentazione matematica dei dati clinici, iniziata anche per effetto della crescente accessibilità del dato quantitativo nell'esame clinico e favorita da un'atmosfera dominata dal successo della matematica nelle scienze, a partire dalla fisica galileiana e newtoniana:

“Ci vorrà molto tempo prima che entrino nella pratica corrente quelle metodiche che aiutano la decisione medica fondandosi su teorie matematiche: ad esempio la logica di primo ordine che permette di percorrere l'albero delle decisioni a partire da dati qualitativi di carattere binario o il calcolo delle probabilità o, ancora, la teoria matematica degli insiemi “fous” che si basano sulla valutazione quantitativa dell'appartenenza dei dati a un insieme decisionale (Chauvet, 1987). Le conclusioni più recenti di questa rivoluzione epistemologica e tecnica vanno verso la costruzione di sistemi esperti o di sistemi di simulazione” (Guerra, 2006, pag. 74).

- Un terzo momento è centrato sulla crescente importanza della teoria microbica, dell'impatto di virus e batteri e sull'importanza correlata dell'igiene e della prevenzione come arma per non solo sconfiggere, ma addirittura impedire la malattia. Se questo porta, come vedremo meglio in seguito, al coinvolgimento delle scienze economiche, sociali e politiche, è perché la medicina:

“non risponde più solo a un appello di aiuto ma impone una politica della salute tesa a prevenire l'esperienza stessa della malattia. Se la medicina scopre così il nuovo fronte della prevenzione che si affianca al fronte della terapia e, per certi versi, lo supera, il soggetto si ritrova ancor più radicalmente proiettato al di fuori del campo della medicina” (Guerra, 2006, pag. 75).

La restituzione alla fisiologia di un ruolo centrale nella spiegazione della patologia, operata ad esempio da maestri del pensiero medico come Claude Bernard, liquidava definitivamente ogni concezione “ontologica della malattia” e portava a compimento “una grande opera di razionalizzazione e fondazione legittima, particolarmente con l'introduzione del determinismo, della scienza medica nell'ambito delle scienze positivistiche”.

“In questa operazione, il malato, in quanto soggetto, tende a scomparire, a divenire nient'altro che il campo nel quale il medico osserva dei fenomeni, verifica delle leggi, ritrova ciò che era stato previsto dal sapere codificato. ‘La malattia non è più un oggetto di angoscia

per l'uomo sano, essa è divenuta oggetto di studio per il teorico della sanità '(Canguilhem). Nella prospettiva, lungo la quale anche la scala di rappresentazione dei fenomeni diventa sempre più dettagliata passando dall'organo alla cellulata e da questa alla molecola, un po' alla volta il malato viene soppiantato dalla malattia, di cui è diventato solo il portatore, uno di tanti casi" (Guerra, pag. 76).

Tuttavia, come in parte si è visto, a questa scomparsa del soggetto, non impedisce e anzi in part si scontra con due diverse tendenze nelle pratiche e nel pensiero medico. La prima è che una attenta e non meccanicistica applicazione alla medicina del pensiero immunologico e genetico riporta all'attenzione la complessità della relazione tra organismo e ambiente, insieme alle componenti idiosincratice e epigenetiche che riportano al centro una concezione dell'individuo e della sua centralità (vedi il paragrafo precedente).

La seconda è che, paradossalmente, la scomparsa del soggetto dalle pratiche soprattutto diagnostiche finisce con l'accentuare la personalizzazione della relazione medico-paziente.

“Peraltro si può notare che la scomparsa della soggettività, lungi dal diluire, finisce comunque per alimentare, in modo quasi paradossale, la *personalizzazione* del rapporto. Certo non si tratta necessariamente di quella personalizzazione caratterizzata dalla confidenzialità, dalla conoscenza approfondita, dalla consuetudine, cui verrebbe spontaneo pensare. È piuttosto una relazione duale che assume l'aspetto: o della identificazione confusiva tra i due (...) o, più spesso oggi, della “appropriazione” della malattia da parte del medico che ne fa un suo problema (tecnico). In ogni caso entrambi gli attori sono “obbligati” nelle loro posizioni. Tanto il malato - che trova conforto alle sue ansietà nell'esclusività della relazione rispetto alla quale ogni terzo rischia di apparire un intruso, quanto il medico - che può fondare la sua attività su un contratto che non ha bisogno di essere discusso: si stipula all'atto stesso della consultazione. In questo senso parlavamo di una sorta di paradosso: ci si poteva aspettare che l'oggettivazione del paziente implicasse anche un allentamento della relazione; invece, la scomparsa della soggettività non annulla il principio della personalizzazione del rapporto: lo rende solo più vincolato alla dimensione istituzionale, finendo così per rinsaldare anche le ragioni dell'autonomia clinica” (Guerra, 2006, pag. 77-78).

Questa personalizzazione prende oggi peraltro la fisionomia di una “customerizzazione” della relazione tra paziente e strutture o aziende sanitarie e ospedaliere e ciò rende meno chiaramente immediato e implicito il rapporto contrattuale medico-paziente. L'aziendalizzazione e la regolazione contrattuale dell'accesso alle cure conducono spesso medico e pazienti a una relazione più guardinga, in cui il criterio della scelta non si pone più semplicemente in termini di “fiducia”, ma di *benchmarking*, spesso fatto con i sistemi delle nuove comunicazioni e delle nuove tecnologie di diffusione dell'informazione. La pubblicizzazione di *social forum*, in cui i medici vengono valutati come i ristoranti e le location alberghiere, sono un fenomeno di diffusione di massa che rischia di sfuggire ad ogni controllo. La personalizzazione del paziente apre spazi di negoziazione, di rivendicazione e di ritorsione che tendono a rendere meno appariscente il ruolo onnipotente del singolo medico (ma paradossalmente esaltano l'idea astratta di una “onnipotenza teorica e potenziale della medicina), spesso con l'intervento

dell'intermediazione legale e giudiziaria, a cui corrisponde lo sviluppo di una parossistica "medicina difensiva" in cui la prudenza finisce con il sostituire i principi ippocratici della beneficenza/non maleficenza. In questa dimensione, la scomparsa del soggetto sembra essere provvisoria e non definitiva, prevalendo le ragioni che supportano una relazione medico-paziente fondata sulla *co-ownership*, piuttosto che su una semplice appropriazione del medico della malattia.

Una terza ragione sta nel fatto che le politiche di prevenzione e di promozione della salute, se pongono l'accento sulle condizioni che precedono e auspicabilmente dovrebbero impedire o quantomeno ritardare l'esperienza della malattia e pertanto attribuiscono al medico compiti e funzioni che non dipendono più dalla richiesta soggettiva di aiuto (Guerra, 2006), aprono tuttavia d'altra parte uno sguardo sui comportamenti individuali e collettivi, sulla cognizione sulle rappresentazioni, sulle convinzioni e sugli atteggiamenti, sulle emozioni e sulla personalità, oltretutto sulle condizioni materiali, economiche e sociali della popolazione. Lo sviluppo di una epidemiologia, che affianca, intreccia e talvolta si contrappone alla agli approcci biosperimentali (Corbellini, p.120), rivolgendo uno sguardo sulla salute prima ancora che sulla malattia, riabilita anche una considerazione dei soggetti concreti che si muovono nella vita sociale e la loro agentività, pur trattando queste dimensioni da un punto di vista "quantitativo" e "statistico"

I contenuti scientifici della medicina non sono il prodotto di una collaborazione armonica tra gli approcci "qualitativi" ed "estrapolativi", ovvero basati su modelli sperimentali e caratteristici delle ricerche biopatologiche e terapeutiche, e gli approcci "quantitativi" e "statistici", che studiano la malattia e le sue risposte ai trattamenti nei pazienti in carne e ossa, e che sono caratteristici dell'epidemiologia applicata alla sanità pubblica e alla clinica. I due approcci, in teoria, dovrebbero collaborare, ma in quanto implicano differenti concezioni epistemologiche, che fanno riferimento a divergenti definizioni della malattia e della salute, nonché a concezioni diverse della causalità e del ruolo della conoscenza di base nella diagnosi clinica, di fatto alimentano due filosofie della medicina"

Naturalmente questo riferimento ai "pazienti in carne ed ossa" finisce per essere compresso entro la "dittatura" della tendenza centrale, che valuta come determinanti gli scostamenti e le varianze, finendo così col sottovalutare il ruolo fondamentale delle singolarità, che rischia di ridurre l'apertura della epidemiologia verso una teoria sociale della medicina o verso un modello biospiciosociale (Engel, 1977), al paradigma della Evidence Based Medicine (EBM) che "assume come metodologia fondamentale per le scelte mediche le prove empiriche ricavate dai trial clinici e dalle metanalisi". In tal modo, però,

"la metodologia statistica oggi prevalentemente usata in medicina sta probabilmente diffondendo un'idea distorta del modo scientifico di ragionare. La distorsione consisterebbe nel prescindere da considerazioni circa la plausibilità biologica di un effetto osservato e dalle ricerche precedenti, e nell'utilizzare un approccio statistico, quello cosiddetto "frequentista", che fornisce soltanto una stima della probabilità di arrivare a conclusioni sbagliate, ovvero dice soltanto se il risultato sperimentale è statisticamente significativo o è frutto del caso" (Corbellini, pag. 123)

Paradossalmente, parafrasando Roland Barthes, “Il soggetto come istituzione è morto”, ma le pratiche della medicina non possono fare a meno di intravedere nel soggetto il proprio limite e perciò “la medicina desidera (e a volte teme) il soggetto”, ma non è mai del tutto indifferente ad esso. Certamente essa non appare oggi sufficientemente strumentata, e non è disponibile un paradigma sufficientemente ampio e articolato che consenta di declinare positivamente un discorso sulla soggettività, senza disancorarlo dalle basi biofisiologiche, da un lato, e dagli scenari epidemiologici e sociali, dall’altro, che caratterizzano il tenore del dibattito in medicina. Vedremo come le prospettive del modello biopsicosociale, facendo appello all’entrata in scena nel dibattito della psicologia, della sociologia e dell’antropologia, non siano state in grado di dare una risposta esaustiva ed epistemologicamente soddisfacente a questa esigenza

Il potere della medicina e i confini della vita

Ancora più radicalmente, il problema del soggetto si pone nel momento in cui la medicina lambisce i limiti della vita. L’ambivalenza tra pratiche della medicina, che sfidano i confini delle concezioni tradizionali della vita, prelude al bisogno di ridefinire questi confini ponendo limiti nuovi, sempre molto provvisori e destinati a essere continuamente sfidati dallo sviluppo delle nuove scoperte e delle nuove tecniche d’intervento. Ciò che impedisce che questa continua rivisitazione non sia sempre *ad hoc*, una sorta di rincorsa e una sottomissione dell’etica agli stati della realtà, è la possibilità di riconoscere un principio regolatore delle argomentazioni e delle norme. Nella pluralità dei principi e delle metodologie che hanno variamente attraversato il campo della bioetica, dal 1970 ad oggi, resta fermo il fatto che la medicina si confronta oggi con una serie di domande molto diverse, rispetto a quelle delle “semplice” beneficenza/non maleficenza ippocratica e sempre più spesso si interroga non solo sul “che cosa” caratterizza la propria azione, ma anche sul “chi” è destinatario del proprio intervento. Ricordo che durante uno degli incontri di formazione, in un grande ospedale, un medico confidò che proprio di fronte al corpo esanime in reanimazione, “un pezzo di carne su cui ogni intervento appare legittimo”, completamente in balia di ogni azione invasiva, egli non riusciva a spiegarsi perché non potesse evitare di “cercare di rappresentarsi la sua biografia”. I nuovi poteri della medicina reclamano un soggetto, una storia, una biografia che li legittimi e che renda evidente e riconoscibile la “responsabilità” come chiave del proprio agire, soprattutto quando le pieghe dell’intervento incontrano spazi di ambivalenza e di dubbio che rendono inutilizzabili e indecidibili i confini prescrittivi dei protocolli.

Un nuovo genere di domande si pone alla medicina, dunque, nel momento in cui essa propone alla società e al pensiero filosofico contemporaneo l’evidenza dei suoi nuovi poteri, nello stesso momento in cui, insieme alla fisica, essa sembra porre nelle mani dell’uomo la possibilità tecnica di intervenire sulla vita nella sua globalità, fino al punto di governarne la possibile estinzione, sulla vita umana in particolare e sui destini singolari degli individui prima che essi nascano e dopo la loro stessa morte. Se vogliamo porre degli eventi simbolicamente significativi in questa traiettoria, possiamo richiamare che molti

studiosi ritengono fondamentali due eventi nell'apertura del dibattito della cosiddetta bioetica: Il 3 dicembre 1967, con il primo trapianto di cuore realizzato a Capetown da Christian Barnard, che trapiantò sul dentista Philip Bleiberg il cuore di Denise Darvall, una ragazza di 25 anni, morta in seguito a un incidente stradale e il 9 maggio 1960, anno in cui la Food and Drug Administration autorizzava negli USA la commercializzazione della pillola anticoncezionale, a cui seguì, il 25 Luglio 1968, con l'enciclica *Humanae Vitae* di Paolo VI, la condanna della contraccezione ormonale.

Secondo Corrado Viafora (2015), “un primo fattore di novità di questi poteri è rappresentato dalla profondità del loro impatto, nella misura in cui consentono di manipolare l'ordine stesso che informa la natura. Nella prospettiva aperta da questa novità, la questione che si pone è quella del valore da attribuire al concetto di ordine naturale. Un'ulteriore sfida nasce dal fatto che, esercitati in molti casi agli estremi della vita umana, questi nuovi poteri ne fanno “esplodere i confini”. Quando inizia la vita umana? Quando finisce? Quale soglia considerare decisiva all'inizio: il concepimento, l'attecchimento, la formazione di un abbozzo neurale? Quale considerare decisiva alla fine: la cessazione del battito cardiaco o la perdita delle funzioni cerebrali? Qualunque sia la risposta, essa dovrà misurarsi con questioni radicali. In sostanza con la questione dell'identità umana” (Viafora, 2015, pag. 17).

In definitiva, ciò che è determinante per che si pone i problemi dell'inizio e della fine della vita “è il particolare concetto di soggetto che egli usa, inquadrato nel più ampio orizzonte di una teoria dell'identità umana” (Viafora, 2015, pag. 24). Ma in realtà queste domande non agiscono solo o principalmente in uno spazio argomentativo teorico o retorico. Il punto fondamentale, ad esempio quando ci si riferisca al concetto di “dignità umana”, è che non sia sufficiente ancorarlo ad “alcuni presupposti fondamentali di natura antropologica”, in quanto essi “non bastano ancora a determinare il rispetto per la dignità umana di *questo* paziente in *questo* particolare contesto”, ma è necessaria “l'integrazione pratica della dimensione *universale* e della dimensione *particolare* della dignità umana, nella misura in cui non ci si ferma ai principi e cioè a quello che esige il rispetto dell'umano in genere, ma si passa con l'attenzione al contesto, a determinare quello che il rispetto esige per *questo* paziente” (Viafora, 2015, pag. 103).

Il pensiero medico contemporaneo è biomedico?

Il modello biopsicosociale di Engel

Verso la fine degli anni Settanta del secolo scorso, lo sviluppo del pensiero e delle pratiche della medicina, l'ampliamento degli orizzonti epistemologici e degli scenari epidemiologici esplicita un cambiamento nel pensiero sulla salute e il dibattito sembra

appunto focalizzarsi nel confronto tra un approccio *biomedico* tradizionale, centrato sulla salute intesa come conformità rispetto alle norme di variabili biologiche misurabili, e un nuovo approccio emergente, *biopsicosociale*, che colloca la salute in una dimensione sistemica e multilivellare. L'assunzione fondamentale del modello bio-psico-sociale (raffigurato sinteticamente nella figura 2) è che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engel, 1977, 1980; Schwartz, 1982). La concettualizzazione del modello muove innanzitutto dalla consapevolezza di diversi punti di debolezza del modello biomedico. Engels (1977) rimprovera innanzitutto la difficoltà di comprendere le relazioni causali tra condizioni somatiche e malattia. In molte condizioni epidemiologicamente rilevanti, ad esempio, l'esposizione a un agente contagioso conduce solo in una percentuale di casi, e non nella totalità, allo sviluppo della malattia. Il modello biomedico ignora i fattori sociali e psicologici che possono modulare l'efficacia della risposta del soggetto. Infine esso ignora completamente l'importanza della relazione tra medico e paziente nei processi di diagnosi e terapia come fattori che invece influenzano fortemente gli esiti terapeutici.

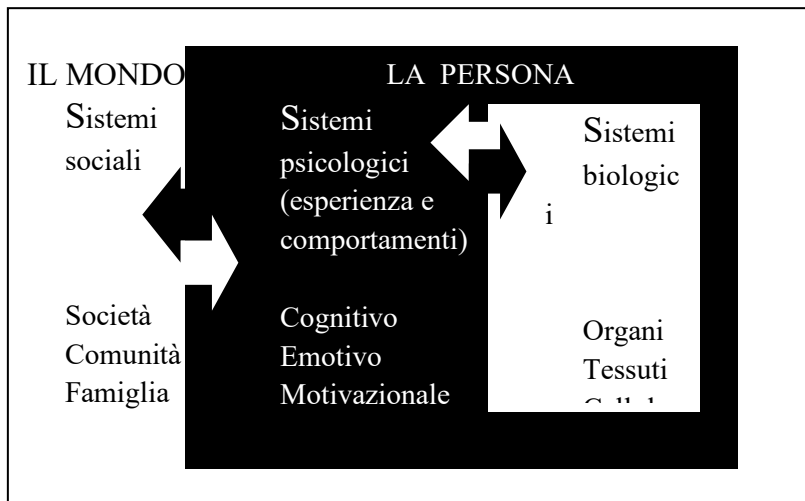


Figura 2: Schema del modello bio-psico-sociale

Un'implicazione importante del modello biopsicosociale è l'esplicito riferimento al concetto di **sistema**, sviluppato da L. von Bertalanffy (1968), inteso come un'entità dinamica in cui le componenti sono in continua e reciproca interazione, in modo da formare un'unità o un tutto organico (cfr. Stone, 1987). L'opzione sistemica comporta sia la specificità di ciascun livello di organizzazione sia la necessità di indicare in modo preciso la natura delle relazioni e dell'interdipendenza tra i livelli di interazione. Non sempre la formulazione originaria di Engels risponde con chiarezza a questi due requisiti. Ad esempio, come sottolineano Zani e Cicognani (2000), in quella formulazione, fortemente ancorata alla *Social Cognition*, "il sociale è preso in considerazione come contesto esterno rispetto al soggetto, quest'ultimo visto essenzialmente come individuo che conosce e elabora informazioni, compie attribuzioni, prende decisioni, valuta costi e benefici di un'azione. Non si riconosce al sociale alcun ruolo di partecipazione ai processi di costruzione della conoscenza, né viene posta al centro dell'attenzione la comprensione

delle interdipendenze fra individuo e ambiente in una prospettiva dinamica e processuale ...” (pag. 21)

La crisi del “paradigma” biomedico ha aperto la strada ad una più ampia considerazione dei fattori implicati nella salute, verso un approccio che tenga conto:

- dell’interazione nella configurazione dello stato di salute e di malattia tra processi che agiscono a livello macro (come l’esistenza di sostegno sociale o la presenza di depressione) e a livello micro (come squilibri a livello biochimico e cellulare);
- dalla natura multifattoriale sia delle cause che agiscono sulla salute e sulla malattia sia degli effetti che la salute e la malattia possono avere;
- della non distinguibilità della mente e del corpo nella influenza sulle condizioni di salute di un individuo;
- la considerazione che la salute è un obiettivo che deve essere conseguito positivamente, mediante una attenzione alle necessità di ordine biologico, psicologico e sociale, e non come uno stato che deve essere solamente salvaguardato

Non tutte queste linee di sviluppo sono in realtà presenti nella formulazione del “nuovo” modello di Engels, che rimane per molti aspetti, come vedremo, in mezzo al guado o, per meglio dire, ancora implicitamente ancorato proprio a quel modello biomedico dal quale voleva prendere le distanze. Con Engel rimane in mezzo al guado anche una parte considerevole della Mainstream Health Psychology.

Quindi, pur essendo una riflessione che nasce all’interno delle tensioni della cornice e dell’approccio medico alla malattia (e in particolare alla malattia mentale), la psicologia della salute e la sociologia medica hanno trovato nella formulazione di Engel uno spazio e una prospettiva di grande rilievo. Il modello BPS rappresenta contemporaneamente

- una sfida alla egemonia del modello biomedico nel campo della salute fisica, ma anche
- una risposta alla sua crisi di fronte alle nuove emergenze epidemiologiche e alle nuove sensibilità sociali verso la salute (testimoniate anche dalla definizione OMS di salute) e, ancora,
- una spinta a riunificare le prospettive tuttora segregate nello studio della salute (individuo vs società; mente vs corpo; soggettività vs oggettività, ecc.), soprattutto grazie a
- un concreto invito a impiegare convincentemente l’approccio sistemico al campo della salute

La medicina contemporanea può essere ridotta al modello biomedico?

Questa decisa ricomparsa del soggetto sulla scena della medicina non corrisponde ad un processo lineare ed esteso forse a tutto il campo del pensiero e dell’intervento medico, ma ne costituisce una caratteristica di crescente importanza, sempre più penetrante nella cultura contemporanea. In rapporto ai relativamente recenti sviluppo, l’idea della medicina presente spesso nei manuali di psicologia della salute sembra piuttosto uno stereotipo che una rappresentazione appropriata. Infatti, esaminando i capisaldi del

pensiero biomedico, com'è presentato nella vulgata corrente, e confrontandolo con il paradigma biopsicosociale, possiamo probabilmente affermare che, presa nel suo complesso e non ridotta alla caricaturale generalizzazione di alcuni atteggiamenti settoriali o di costume, la medicina di oggi sia molto più “biopsicosociale” e antiriduzionista di quanto non lo sia, ad esempio, la psicologia, anch'essa presa nel suo complesso e non focalizzata solo sulle sue istanze più consapevoli e aperte, come la psicologia della salute.

Se qualche giovane psicologo, preso dall'entusiasmo della partecipazione della psicologia al paradigma biopsicosociale, ha finito con l'identificarlo come un prodotto del pensiero psicologico, sarà bene ricordargli che esso costituisce al contrario un appello alla psicologia a non trascurare i territori della salute, così come sono rappresentati nel nostro tempo, dai quali la psicologia si è sempre tenuta prudentemente lontana. La domanda semmai dovrebbe essere: la psicologia è stata in grado di produrre un sistema di teorizzazioni e di pratiche che le consentano di rispondere a questa inedita convocazione o, piuttosto, si sta presentando a quest'appello con armi spuntate e obsolete o, nel migliore dei casi, non sufficientemente raffinate e adattate alle nuove esigenze teoretiche e metodologiche?

Per questa ragione è parso necessario proporre alla psicologia un campo di riflessione che metta all'ordine del giorno un riposizionamento epistemologico, metodologico e operativo che prenda sul serio la provocazione di un modello di “*psicologia per la salute*”.

Costrutti di salute nell'età contemporanea

L'età contemporanea esordisce dunque con una progressiva presa di consapevolezza che le vicende di salute e di malattia richiedono una visione più complessa di quanto non potesse sembrare necessario solo alcuni decenni fa. Oggi il panorama delle definizioni di salute e di malattia tiene ampiamente conto di questa accresciuta consapevolezza che non riguarda solamente il dibattito scientifico e gli "addetti ai lavori", ma coinvolge direttamente ampi settori culturali, l'opinione pubblica e condiziona atteggiamenti sociali e scelte comportamentali a livello individuale e collettivo. Sempre di più la salute è considerata contemporaneamente un bene personale e un bene sociale e, come tale, la responsabilità della sua tutela spetta egualmente al soggetto, alla comunità familiare, alla collettività sociale e, naturalmente, in primo luogo alle agenzie pubbliche che hanno ricevuto il mandato di presidiare la salute dei cittadini, cioè, nel nostro Paese, al Sistema Sanitario Nazionale. Ma questa consapevolezza ha subito negli ultimi decenni una evoluzione verso una crescente complessità, anche in funzione delle sia delle diverse caratteristiche storico-sociali ed epidemiologiche, sia delle rappresentazioni sociali della salute con l'irruzione di punti di riferimento culturali più estesamente legati agli stili, ai valori e alle condizioni di vita, sia, infine, della diversità del mandato sociale e politico attribuito alle varie agenzie designate a presidiare i sistemi sociali di tutela e promozione della salute.

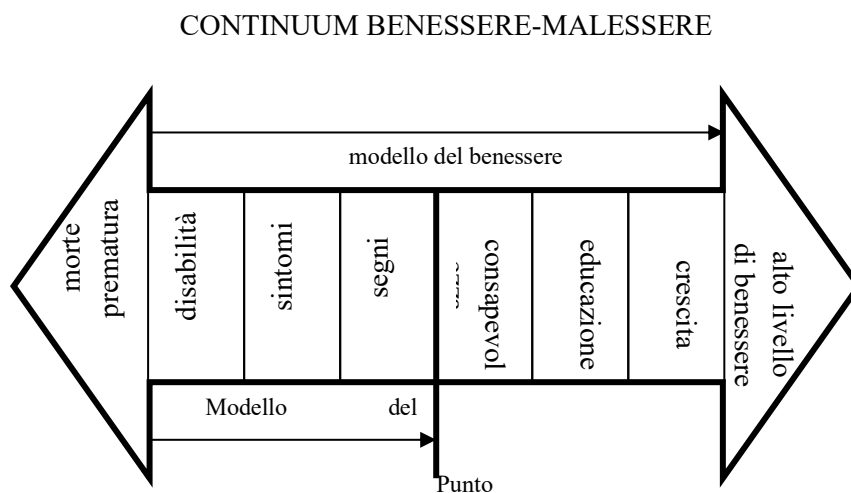
Si può dire che le definizioni prevalenti di salute possono essere recuperate entro due principali orientamenti culturali, non sempre chiaramente distinti e spesso un po' confusivamente intrecciati nelle costruzioni discorsive contemporanee su salute e malattia. Il primo orientamento è rappresentato da una concezione "clinica" della salute, centrata sui sintomi e sulla disabilità, contrapposti ad una condizione di benessere, il secondo orientamento si basa su una visione più ampia e non lineare che può forse essere organizzata verso una concezione della salute di tipo ecologico e della complessità.

Dal modello clinico al continuum benessere-malessere

All'inizio, il primo orientamento poteva ricondursi essenzialmente ad un **modello clinico** vero e proprio in cui la salute è intesa, negativamente, come assenza di malattia e la malattia è definita dalla cospicua presenza di segni e sintomi patologici. Il modello focalizza la dimensione del trattamento in rapporto alle condizioni di patologia conclamata o di concreta minaccia di malattia, mettendo in secondo piano la prevenzione e il ruolo del paziente nelle cure. Congruente col modello clinico è quello del **continuum benessere-malessere**. In questa concezione salute e malattia muovono da un estremo rappresentato da un alto livello di benessere a un altro estremo rappresentato dalla mancanza di salute. Un altro livello di benessere è caratterizzato da un elevato senso di soddisfazione e dalla qualità della vita. In questa concezione, il benessere è uno stato positivo che può essere perseguito oltrepassando un punto centrale, neutrale, e muovendo l'estremo positivo del continuum in cui è possibile migliorare i livelli di salute e benessere fisico e mentale. Al contrario, oltrepassando il punto centrale nella direzione opposta,

verso l'estremo negativo del continuum, si incontra la disabilità e malattia, attraversando diversi livelli decrementali di abilità e condizioni funzionali.

A differenza di un modello clinico più arcaico, nel modello del continuum benessere-malessere il trattamento non si limita a contrastare segni, sintomi e disabilità, ma persegue positivamente il miglioramento della salute, privilegiando strumenti educativi e di coinvolgimento diretto delle persone (vedi la figura seguente). Si tratta pur sempre, tuttavia, di un modello dicotomico in cui salute e malattia sono nettamente differenziati e sono, sostanzialmente, opposti e in contraddizione tra loro. Si può dire forse che lo slittamento da un modello strettamente clinico al continuum benessere-malessere possa essere congruente.



Ryan & Travis, 1981

Possiamo seguire lo sviluppo dal modello strettamente clinico a quello del continuum benessere-malessere in parallelo all'evoluzione del panorama epidemiologico del secolo scorso. Le diverse emergenze epidemiologiche e le condizioni e stili di vita implicate nelle patologie più ricorrenti hanno un indicatore evolutivo nella distribuzione delle principali cause di morte durante il '900, caratterizzato da

- una prima fase di lenta fuoriuscita da una netta prevalenza di malattie legate alla malnutrizione e alla condizione di povertà e marginalità sociale della maggior parte della popolazione; questa fase è caratterizzata da interventi tesi ad assicurare la diffusione di una maggiore igiene di base a tutti i livelli sociali, condizioni di vita più sostenibili, da un regime alimentare sufficiente per i più ampi strati sociali. Sono essenzialmente questi interventi a ridurre i tassi di mortalità, soprattutto nelle età infantili e anziane.
- una fase intermedia in cui prevalgono le pandemie (ad esempio le grandi epidemie influenzali) e le malattie batteriche e virali; è in questa fase che si collocano le grandi campagne preventive (antipoliomielitica, antidifterica, ecc.), e segnata da un maggior livello di diffusione dell'informazione sanitaria, ma anche dal netto miglioramento dell'efficacia delle cure, ad esempio, con la diffusione dei trattamenti antibiotici.

- una fase che tuttora crescentemente ci caratterizza, segnata da una prevalenza di malattie cardiovascolari, dalle neoplasie e da malattie a decorso prevalentemente cronico e neurodegenerativo; è in questa fase che si colloca una maggiore attenzione alla salute nelle sue componenti bio-psico-sociali.

Le prime due fasi implicano un concetto di salute centrato sul conseguimento o mantenimento di uno stato di equilibrio (punto neutrale tra malessere e benessere). La prevenzione appartiene ancora a queste fasi e si costituisce come caso particolare e avanzato di tale modello, essendo sempre centrata sulla perdita di salute (malattia, incidente, morte prematura), sul sintomo o sul segno che caratterizza l'asse del malessere. La terza fase è invece caratterizzata da una consapevolezza nuova: l'inscindibilità del continuum benessere-malessere e la centralità degli "stili di vita" nel conseguimento, mantenimento e miglioramento dello stato di salute. Lo strumento operativo che si aggiunge e ricomprende quelli del trattamento e della prevenzione è ora quello di **promozione della salute**. Ciò determina uno slittamento di enfasi dagli indicatori negativi (sintomi) a indicatori positivi di salute profondamente intrecciati al concetto di sviluppo e di crescita personale e sociale.

Tuttavia questo slittamento è problematico, dal punto di vista di una concettualizzazione significativa e appropriata della relazione tra salute e malattia. Come afferma Mario Bertini (2012),

Da una parte si osserva che nel passato la preoccupazione primaria delle scienze biomediche e psicologico-cliniche si è orientata a studiare il tema della malattia, scandagliando in profondità tutti i livelli possibili di analisi, dal più elementare al più complesso, mentre il concetto di salute non è stato affrontato, se non raramente e in modo perlopiù superficiale. Quello che interessava era individuare e classificare certi quadri ricorrenti di deviazione dalla norma (tassonomia), approfondire l'esame delle cause (eziologia) e dei processi (patogenesi) che spiegano la comparsa di detti quadri nosografici, e mettere a punto dei metodi di trattamento (terapia). (La prevenzione, nella sua posizione sostanziale, appare interna al modello malattia). Pertanto, considerando questo modello nella sua versione radicale, l'interesse dello scienziato, sia di base sia applicato, è quello di lavorare sulle anomalie o difetti riscontrati per provvedere alla loro eliminazione. Nel campo della psiche, per esempio, l'interesse è capire perché un certo soggetto presenti certi sintomi negativi definiti come depressivi per poi eliminarli attraverso forme di terapia farmacologica o psicologica: la salute, in questo schema, è quella condizione, per così dire, scontata, che compare quando scompaiono i sintomi depressivi. In questa linea tradizionale, la salute appare tout court come "assenza di malattia". Lo scenario che si manifesta in questo orientamento secolare, può essere rappresentato dalla parola "devianza" e, conseguentemente, la persona valutata in questo orientamento è segnalata come un "deviante". Ma oggi sta avanzando un altro scenario nel quale invece l'interesse primario è orientato a capire in profondità le dimensioni caratteristiche della salute, le sue determinanti salutogenetiche e i provvedimenti utili per potenziarle. Ma così facendo è la malattia che assume i contorni di un'assenza; cioè, la malattia è quella condizione che si verifica quando scompaiono certe caratteristiche che vengono definite come salutari. Nel caso succitato della depressione, il quadro sintomatico che si presenta viene studiato alla luce della mancanza delle dimensioni caratteristiche della salute mentale (per es. fiducia, autostima, speranza). In tutto il percorso della psicologia positiva, questo rovesciamento è implicito, ma non troppo, come si può leggere per es. in questa affermazione di Seligman

(2002): “La psicologia e la psichiatria hanno accettato la nozione che i ‘veri’ disturbi mentali sono quelle entità enumerate nel DSM-IV; la depressione unipolare, i disturbi d’identità dissociata, e simili. Proviamo a pensare un’alternativa rovesciata rispetto al DSM-IV. Consideriamo una persona senza un briciolo di onestà, di speranza, di gentilezza: vogliamo azzardare la possibilità che queste assenze possano essere i veri disturbi o disordini, le classi naturali, mentre le entità elencate nel DSM-IV non siano che mere congerie, collezioni rozzamente sovrapposte di questi deficit elementari.” Pertanto mentre ieri si affermava che la salute è assenza di malattia, oggi in qualche modo si potrebbe affermare che la malattia è assenza di salute.

Siamo palesemente confrontati con un dilemma: come se ne può uscire? La soluzione di questo problema non è da cercarsi nel perseguimento di una linea di moderazione rispetto agli eccessi di entrambe le sponde, ma nel superare a monte la stessa idea del continuum dicotomico, secondo il quale la salute comparirebbe quando cessa la malattia o, viceversa, la malattia comparirebbe quando cessa la salute (Bertini, 2001). La scoperta che anche la salute è uno stato ci obbliga ad abbandonare la concezione semplicistica del rapporto salute-malattia, come un continuum lineare fra due poli che si auto-escludono. E’ proprio in virtù della consapevolezza sempre maggiore dell’ identità della salute che occorre necessariamente passare ad una visione bidimensionale più complessa. (...) Il superamento del continuum bipolare² propone il superamento della logica delle assenze e obbliga ad accettare la logica delle presenze, e cioè della co-presenza dei processi di salute-malattia. (...) Da questa presa d’atto si potrebbe quindi affermare una differenza sostanziale fra il territorio della malattia, sotto il cui ombrello -per così dire- si qualificano le varie malattie- e il territorio della salute, sotto il cui ombrello si qualificano le varie salutie. Una volta accertata la presenza di due istanze relativamente indipendenti, il vero problema è il tema della relazione di Igea con Panacea, cioè fra le dimensioni del ben-essere e del mal-essere fisico, psichico e sociale di quel complesso sistema che è l’essere umano. Il livello del funzionamento ottimale umano non lo si può individuare partendo dalla misura delle malattie (illnesses), o delle salutie (healths) ma dall’integrazione adattiva del loro rapporto. (pp. 115-119).

Verso un approccio ecologico e della complessità

Malessere, malattia, e salute

Una delle caratteristiche definitorie della vita è la capacità di funzionare. Una salute funzionale può essere caratterizzata come presente o assente, avente un altro un basso livello di benessere, essere influenzata dalle relazioni di vicinato e dalla società. Il funzionamento è parte integrante della salute. Ci sono livelli di funzionamento fisici, mentali, sociali e questi riflettono hanno riflessi interne di performance e aspettativa sociale. La funzione può essere vista anche da una prospettiva logica come nell’esempio

² Il continuum bipolare si trova nella tradizione positivista che “ha accolto il principio di Broussais, per il quale fra normale e patologico esiste continuità ed in fondo equivalenza: la malattia non è che variazione quantitativa rispetto alla condizione di salute, è un eccesso o un difetto. Questo principio è fortemente criticato da Canguilhem (vedi Mario Porro nella prefazione al libro di Canguilhem).

precedente sul camminare. La perdita di funzione può essere un segno o sintomo di una malattia. Per esempio, improvvisa perdita della capacità di muovere un braccio una gamba può indicare un ictus. L'incapacità di lasciare la casa può indicare un'improvvisa paura. In entrambi casi la perdita di funzione è segno di malattia, di uno stato di cattiva salute. La perdita di funzione è un buon indicatore che le persone possono del bisogno dell'intervento sanitario. La ricerca sugli adulti anziani indica che il declino nella funzione fisica costituisce un evento sentinella e può indicare la futura perdita di funzione fisica e persino la morte.

È facile pensare che la salute e il benessere consistono in una mancanza di malattia e di considerare il malessere e la malattia come termine intercambiabili. Tuttavia, la salute e la malattia non sono semplicemente antinomici le malattia e il malessere non sono sinonimi. In inglese malattia (*dis-ease*) significa letteralmente "senza facilità". Esso può essere definita come il fallimento di un meccanismo attivo della persona nel contrastare adeguatamente stimoli e stress, esitando in disturbi funzionali o strutturali. Questa definizione costituente un concetto ecologico di malattia che usa fattori multipli per determinare la causa della malattia piuttosto che descrivere una singola causa. Questo approccio multifattoriale aumenta le possibilità di coprire multipli punti di intervento per migliorare la salute.

Il termine inglese per malessere (*illness*) indica la presenza di un'esperienza soggettiva individuale è una manifestazione fisica di malattia (Holdings Walls and the, 2005). Entrambi costituiscono costrutti sociali in cui le persone si collocano in una relazione sbilanciata insostenibile con l'ambiente e in cui sperimento il fallimento della propria capacità di sopravvivere e creare un'alta qualità di vita. Il malessere può essere descritto come una risposta caratterizzata da una distonia tra i bisogni della persona e le risorse disponibili per corrispondere a questi bisogni. In aggiunta, nel malessere segnata all'individuo in generale alle popolazioni che l'attuale equilibrio non è ben funzionante appropriato. All'interno di questa definizione, il malessere a componenti logiche, spirituali e sociali. Una persona può avere una malattia si sa sentirsi malato per esempio nell'ipertensione asintomatica. Una persona può anche sentirsi malata senza avere una malattia diagnosticabile, ad esempio come risultato di stress. La nostra comprensione di malattia e malessere nella società si sovrappone alla nostra comprensione della storia naturale di ciascuna malattia e crea una base per la promozione della salute.

La salute può quindi essere considerato uno stato di funzionamento fisico, mentale e sociale che realizza i potenziali della persona e la propria esperienza all'interno di un contesto evolutivo. Sebbene la salute sia in parte una responsabilità individuale, essa richiede anche un'azione collettiva per assicurare una società è un ambiente in cui le persone possono agire responsabilmente per supportare la salute.

Un approccio ecologico

È proprio questo allargamento di prospettiva, quindi, a mettere in discussione la concezione dicotomica salute-malattia o benessere-malessere e a richiedere un deciso orientamento verso la complessità.

La focalizzazione sul benessere e la maggiore complessità della lotta alle malattie mette sempre più chiaramente in evidenza:

- a) la relazione tra la salute e il modo in cui le persone vivono e agiscono nel proprio contesto economico e sociale;
- b) le condizioni che caratterizzano lo sviluppo psicosociale delle persone e il loro essere-nel-mondo;
- c) le condizioni generali che caratterizzano la relazione tra le persone e i fattori socioambientali e culturali;

Non è dunque più possibile restringere l'attenzione ai soli livelli clinici o ai soli fattori individuali, ma occorre salute con modelli basati su parametri sociali e ambientali. È in questa cornice che possiamo rintracciare il delinearsi di un secondo orientamento nelle concezioni di salute, di tipo ecologico o della complessità. Esso si caratterizza per una prospettiva di sviluppo in cui la salute è considerata dipendente da modelli mobili di interazione tra persona e ambiente lungo il corso della vita e per cui ogni persona è vista come parte di un sistema complesso in cui le dimensioni biologiche e sociali sono interconnesse. L'approccio evolutivo più articolato è probabilmente rappresentato dal modello ecologico della salute³ orientato soprattutto a sostenere interventi e processi di promozione della salute a livello individuale familiare di comunità e a livello societario e che include una particolare attenzione alla qualità della vita e una enfasi particolare sui determinanti sociali della salute. Tuttavia a questa visione ci si accosta anche attraverso una pluralità di concezioni e linee di sviluppo concettuale che possiamo riassumere in tre direzioni prevalenti:

- a) **dal modello della performance nel ruolo alle capabilities.** Il modello delle performances nel ruolo definisce la salute in termini di capacità individuale di esercitare un ruolo nei contesti familiari, lavorativi (o scolastici), nella vita sociale e di comunità, capacità misurata sulla base di performance correlate alle aspettative e alle norme sociali. La malattia in questa visione sarebbe il fallimento di ricoprire il proprio ruolo nei livelli attesi dalla società. Questo modello è la base per la valutazione occupazionale della salute o della salute occupazionale, delle certificazioni per le attività fisiche a scuola, o per le assenze per malattia dal lavoro. L'idea di un "ruolo di paziente" costituisce una componente vitale del modello. Si sostiene che il ruolo di malato è effettivamente rilevante nei sistemi di cura attuali. (devis Italia, 2011; Shilling, 2002). Questo modello si costituisce soprattutto in funzione dell'esigenza di collocare la salute nel quadro delle dimensioni funzionaliste legate all'organizzazione sociale ed economica moderna, con i modelli sociali di funzionamento legati appunto alla prospettiva *role-performance* come variabile fondamentale per la produttività nei e dei sistemi economici e sociali.

³ (vicina (I ho emme), 2003),

Questa posizione è per molti aspetti ridefinibile, nella sensibilità e nella riflessione contemporanea, in modo più focalizzato alla relazione tra le posizioni sociali e le risorse che caratterizzano il sistema delle relazioni nel mondo contemporaneo. Da questo punto di vista la salute fa riferimento alla prospettiva delle “capabilities” di Amartya Sen: “Persone diverse hanno necessità diverse e diverse capacità o possibilità di trasformare le risorse in “funzionamento”, cioè in conseguimenti reali nel miglioramento della propria salute e delle proprie prospettive nel progetto di vita”.

- b) **dal modello adattivo al superamento della dicotomia “normale-patologico”.** Il modello adattivo propone che la misura della salute consiste essenzialmente nella capacità delle persone di adattarsi positivamente ai cambiamenti sociali e ai modelli culturali con cui la persona entra in contatto. La malattia avviene quando la persona non riesce ad adattarsi a questi cambiamenti che mettono in discussione il suo funzionamento fisico, psicologico e sociale. Tuttavia questa lettura sembra proporre una distinzione tra salute come adattamento e malattia come mancanza di adattamento, cioè ripropone una dicotomia tra processi di adattamento “normali” e condizioni “patologiche” caratterizzati da una incapacità di adattamento.
- c) **Dal modello eudaimonico alla prospettiva del benessere psicologico.** Un approccio eudaimonico considera un alto livello di benessere come equivalente della salute ottimale e sottolinea fortemente l’interazione tra gli aspetti psicologici, sociali, e fisici, spirituali della vita e l’ambiente che contribuisce al raggiungimento dei propri obiettivi e alla creazione dei significati. La malattia è considerata come una *denervazione o illanguidimento*, una mancanza di coinvolgimento nella vita. Questa concezione rinvia peraltro alla questione della definizione del benessere e dell’ambiguità contenuta nell’espressione “benessere soggettivo” rinvia parimenti alla necessità di precisare la relazione tra risorse e benessere personale e sociale.

L’ampliamento delle prospettive che interviene in queste rappresentazioni non riesce ancora ad essere sufficientemente comprensivo e a superare una certa unilateralità, tuttavia esse pongono l’esigenza di un modello ecologico della salute, che riconosca l’interconnessione tra le persone e il proprio ambiente fisico e sociale. La salute da una prospettiva ecologica è multidimensionale, estendendosi dall’individuo alla comunità circostante e godendo il contesto all’interno del quale una persona funziona. Esso incorpora un approccio sistemico all’interno del quale le azioni di una parte del sistema influenzano il funzionamento del sistema nel suo complesso (gli ho emme, 2003, 2010). Questa visione della salute espande il concetto di benessere, riconoscendo che ci sono fattori sociali e ambientali che possono aumentare la salute e i comportamenti sani. Per esempio molte persone possono trarre beneficio dall’attività fisica come ad esempio camminare, e persone hanno più probabilità di camminare in contesti in cui ci sono percorsi predisposti per le passeggiate e marciapiedi E dove essi possono sentirsi sicuri. È possibile e necessario incoraggiare le persone a camminare ma deve essere anche esercitata una pressione per la sicurezza nelle aree in cui le persone camminano e in cui

lavorano con altri ed è necessario lavorare per pianificare lo sviluppo di comunità amichevoli per le persone.

La progressiva scoperta di una complessa interazione tra dimensioni fisiche, psicologiche e sociali e la loro stretta relazione con le variabili ambientali e la loro trasformazione, ha portato ad una crescente sensibilità per lo sviluppo di un approccio integrato ed ecologicamente orientato allo studio e alla prevenzione della malattia e alla promozione della salute, che saranno fissati nell'*Ottawa Charter for Health Promotion* (WHO, 1986) e trovano ulteriori approfondimenti nei documenti formulati nei decenni successivi (WHO, 1991; 1998;2001).

“La possibilità che un contesto, e le persone presenti in esso, siano caratterizzati da condizioni di salute o di malattia dipende dall'interazione di molteplici fattori, che interessano sia l'ambiente fisico (p.e. profilo geografico, architettura, strutture tecnologiche) sia quello sociale (p.e. cultura, aspetti economici e politici). Non di meno, lo stato di salute di individui e gruppi risulta influenzato dalle caratteristiche personali di ciascuno (p.e. patrimonio genetico, caratteristiche psicologiche, patterns comportamentali). Soltanto considerando l'interazione tra questi differenti livelli (e non focalizzandosi su uno soltanto di essi) si può comprendere la complessità del fenomeno e quindi attivare strategie di promozione che rispondano alle esigenze di salute della popolazione (Moos, 1979)

Le ricerche che hanno come oggetto il rapporto tra ecologia e salute utilizzano quindi una prospettiva multidisciplinare e per questo includono l'apporto di differenti settori, dalla medicina all'urbanistica, dalle politiche sanitarie alle scienze sociali e ambientali (Stokols, 2002). La finalità è quella di una più approfondita comprensione dei principi che governano la complessità del sistema, utilizzando a questo scopo chiave di lettura delle interazioni tra persona e ambiente offerta dai paradigmi della teoria dei sistemi (von Bertalanffy, 1968) e dell'ecologia sociale (Duhl, 1996).

Gli effetti dell'interazione tra fattori ambientali e personali sulla salute sono stati oggetto di numerose ricerche: alcune di queste hanno indagato il modo in cui la povertà, le disuguaglianze nella distribuzione del reddito e la condizione di minoranza possono congiuntamente influenzare la salute degli individui e dei gruppi appartenenti alle fasce deboli della popolazione (Adler *et al.*, 1994; Bullard, 1990; Kaplan *et al.*, 1996), mentre altre hanno rilevato come la situazione socioeconomica del quartiere di residenza possa essere associata con la percezione di scarsa salute, indipendentemente dallo status socio-economico individuale (Malstrom *et al.*, 1999). Ancora, gli effetti dell'interazione tra fattori di tipo ambientale e scelte comportamentali emergono da studi che mostrano come l'esposizione all'amianto concorra ad aumentare il rischio dello sviluppo di cancro ai polmoni nei fumatori cronici (Grunberg, 1991) o come la disposizione individuale a esercitare un controllo di tipo interno sul proprio ambiente possa mitigare i negativi effetti sulla salute di un basso livello di istruzione e di reddito (Lachman e Weaver, 1998).

Le transazioni individuo-ambiente appaiono così caratterizzate da dinamiche di mutua influenza, dove gli aspetti fisici e sociali dei contesti incidono sulle condizioni di salute di coloro che ne fanno parte e, nello stesso tempo, questi ultimi possono modificare con la loro azione il contesto in cui vivono per renderlo più adeguato alle loro esigenze o, al contrario, scegliere di subirne passivamente l'influenza. Ad esempio, il fatto di essere esposti continuamente al rischio di subire violenze di qualche tipo all'interno di quartieri svantaggiati può provocare sentimenti di impotenza e depressione, che a loro volta possono

condurre alla diminuzione dell'impegno ad adottare stili di vita sani (Sanders-Phillips, 2000) Allo stesso modo, il benessere degli anziani può dipendere dall'incontro tra le loro abilità funzionali e i vincoli presenti nei loro ambienti di vita quotidiana: la possibilità di promuovere una relazione positiva tra l'individuo e il suo ambiente - e quindi migliori condizioni di salute - passa quindi attraverso un'azione trasformativa di entrambe queste dimensioni.

Le ricerche che applicano il paradigma ecologico allo studio della salute non raramente fanno riferimento a principi e metodologie propri dell'ecologia sociale (Duhl, 1996). La natura multidimensionale dell'ambiente umano fa sì che esso possa essere letto in termini di aspetti fisici e sociali, di qualità reali e percepite, di attenzione per la dimensione individuale o per quella di gruppo. La prospettiva dell'ecologia sociale allarga la visuale fino a comprendere e integrare molteplici livelli di analisi e diverse metodologie (p.e. questionari, osservazione del comportamento, analisi epidemiologiche) con l'obiettivo di valutare il benessere sia dei contesti sia delle persone e dei gruppi che li abitano. Gli ambienti umani vengono concettualizzati come sistemi complessi in cui gli aspetti legati al contesto prossimale devono essere letti alla luce dei contesti sovraordinati che li contengono. Gli sforzi per promuovere il benessere devono quindi tenere conto delle interdipendenze esistenti tra gli ambienti direttamente esperiti e quelli di macrolivello. In quest'ottica, per esempio, il benessere lavorativo e la sicurezza nel luogo di lavoro possono essere influenzati dalla normativa nazionale sulla qualità degli ambienti lavorativi (Stokols, 1992).

Un altro tema centrale nella teoria ecologica è che il benessere fisico, psicologico e sociale viene influenzato dalle molteplici e interrelate situazioni che compongono il sistema di vita quotidiana degli individui e dei gruppi. In linea con il modello ecologico dello sviluppo umano di Bronfenbrenner (1979), le interazioni tra la famiglia, la scuola, il lavoro, i contesti del tempo libero appaiono influenzare significativamente lo sviluppo dell'individuo. L'attenzione è quindi posta, più che sulla transazione persona-ambiente all'interno di un solo contesto (microsistema), sull'interazione e sulle connessioni tra due o più contesti con cui l'individuo entra direttamente (mesosistema) o meno (esosistema) in contatto o ancora sul livello delle norme sociali e culturali (macrosistema). L'influenza congiunta dei molteplici contesti di vita sullo sviluppo e sulle condizioni di salute è stata osservata in diverse ricerche, dove l'esposizione dei bambini a stress ambientali a casa o a scuola (p.e. spazi inadeguati, rumore) risulta correlare con le condizioni di salute fisica e con il successo scolastico (Cohen *et al.*, 1986), così come per gli adulti il vissuto di conflittualità tra realtà familiare e lavoro appare associato a condizioni di malessere, mentre la presenza di supporto da parte del coniuge risulta mitigare gli effetti dello stress lavorativo (O'Neil e Greenberger, 1994).

Ciò che appare importante nella definizione delle condizioni di salute degli individui non è quindi l'approfondimento dei fattori presenti in un singolo contesto, quanto piuttosto l'identificazione delle modalità di interazione tra i molteplici contesti con cui l'individuo si relaziona e del come essi possano contribuire a modificarne le condizioni di salute e benessere" (Braibanti, 2015).

Psicologia e salute

La convocazione della psicologia alle tematiche della salute

Col termine “Psicologia della salute” si possono ovviamente intendere due diversi significati:

- a) l’insieme dei problemi e dei processi psicologici che riguardano la salute
- b) la tradizione scientifica (peraltro recente) che si definisce con questo nome

Questi due significati non sono sovrapponibili e sarebbe un errore cercare di ridurre l’uno all’altro. Ogni disciplina cerca di delimitare e delimita autopoieticamente il proprio campo d’indagine e, così facendo, definisce il proprio dominio in un’area assai più circoscritta, rispetto al senso comune e rispetto agli approcci disciplinari contigui e/o concorrenti. Questa apparente contiguità non comporta necessariamente un rapporto di inclusione tra il dominio della Psicologia della salute e quello degli aspetti psicologici della salute. Naturalmente, la Psicologia della salute, in quanto disciplina e tradizione scientifica, aspira a rappresentare il punto di vista della psicologia in quanto scienza rispetto alla salute e ai suoi problemi. Tuttavia, a differenza di altre scienze, la psicologia si trova da molto tempo in quella fase che la Masterman (1976) chiama “del paradigma multiplo” e, inevitabilmente ciò impedisce che tutti gli approcci scientifici della psicologia *alla* salute possano essere compresi o ricondotti entro la tradizione (per altro relativamente recente) della psicologia *della* salute.

Per queste ragioni, ci si trova oggi alle prese con due conseguenze focali:

- a) la necessità, nello sforzo di delimitazione del campo della Psicologia della salute, di individuare il confine tra “autoreferenza” ed “eteroreferenza”
- b) la persistenza inevitabile di un “resto” che fatica ad essere “compreso” entro quei confini disciplinari e che rinvia, ciò nonostante, a porzioni rilevanti della rappresentazione sociale, della domanda e della stessa prassi di salute.

Lo sforzo di delimitazione e precisazione del “campo” della psicologia della salute ha ottenuto negli ultimi anni un ampliamento di prospettiva notevole, fin troppo complessa per essere riassunto in un breve saggio come questo. Posso quindi solo proporre qualche indicazione di quelli che mi paiono alcuni nodi critici e che invitano, a mio parere, alla riflessione e all’apertura di un dibattito.

L’esordio della Psicologia della Salute come disciplina autonoma

Fino almeno alla metà del XX secolo, la psicologia non è sembrata particolarmente interessata alla malattia e alla salute, al più essa ha cercato di orientare il proprio sguardo sulla malattia e sulla salute mentale, cercando di costituire un campo parallelo, in parte autonomo, rispetto a quello della medicina. Proprio per questo lo sguardo degli psicologi non si sofferma volentieri sui temi della salute fisica o della malattia somatica che essi faticano a percepire come proprio. Tuttavia, tra la fine degli anni settanta e l’inizio degli

anni ottanta del secolo trascorso, anche la psicologia fu investita da una forte domanda sociale di contribuire a ridisegnare le politiche sanitarie nei paesi occidentali, nata da una radicale trasformazione del panorama epidemiologico del '900 e, forse soprattutto, dall'evidente insostenibilità economica dei sistemi di cura e trattamento fondati sul modello bio-medico.

La psicologia appare quindi più “convocata” ai temi della salute, non da un proprio autonomo interesse, ma dai cambiamenti nel pensiero medico, dalla trasformazione del panorama epistemologico e filosofico e, soprattutto, dai cambiamenti nelle condizioni materiali, economiche ed epidemiologiche a livello globale e delle istanze politiche (di politica sanitaria e più in generale, delle politiche di welfare) che hanno caratterizzato il mondo contemporaneo successivamente al secondo dopoguerra.

Benché ormai forte in diverse aree di indagine e di intervento, la psicologia non era fino ad allora ancora riuscita a delineare in modo unitario un proprio “punto di vista” autorevole sulla riconfigurazione delle politiche sanitarie, presentandosi alquanto frammentata nei propri “paradigmi multipli” e ancora assai incerta nel proporsi come punto chiaro di riferimento in un dominio fino ad allora incontrastato della medicina. Posta di fronte a queste nuove responsabilità, nel terzo quarto del XX secolo la psicologia ha cercato di aprire una via nuova, di delineare un proprio originale contributo unitario alla salute degli individui e delle comunità. Ciò nonostante, alla luce della storia di un confronto culturale pluridecennale, sembra ancora legittima la domanda “È veramente possibile una psicologia della salute?”. Cioè: i diversi contributi indipendenti della psicologia (le varie tradizioni, teorie, ambiti psicologici correnti) possono unificarsi in una visione coerente, esplicita e integrata, la psicologia della salute, appunto? Senza questa integrazione, “psicologia della salute” è da intendersi solo come una categoria descrittiva, un insieme eterogeneo di teorie, ricerche, modelli, interventi che non necessariamente hanno tratti salienti comuni o una comune convergenza verso un paradigma. In questa accezione debole sembra peraltro muovere i primi passi la nascente psicologia della salute, nel corso degli anni '70 e '80. Nelle intenzioni di Matarazzo (1980, 1982), essi muovono attorno ad un obiettivo pragmatico: “the enhancement and promotion of health and the prevention of dysfunctions in currently healthy children and adults” (1982, pag. 39). Tuttavia l'aggregazione di risorse e personalità attorno a questo obiettivo, se da un lato non esplicita alcuna visione teoreticamente integrata, consente tuttavia di enucleare (a posteriori) l'adesione attorno ad alcuni punti di riferimento con cui si può tentare di demarcare il campo della nascente psicologia della salute.

Un primo tratto è costituito dal carattere “applicato” della psicologia della salute, non nel senso banale che escluda la possibilità di accogliere e stimolare anche ricerca di base, ma nel senso che in essa prevale una consapevolezza che uno scopo comune (the promotion and maintenance of health, the prevention and treatment of illness, and the identification of etiologic and diagnostic correlates of health) costituisce il nucleo della psicologia della salute come “aggregato di specifici contributi educativi, scientifici e professionali”. Questa natura “aggregata” e non necessariamente “integrata” della psicologia della salute nei suoi orizzonti iniziali è dunque complementare al proprio orientamento applicativo e pragmatico.

Un secondo tratto è rappresentato dall'attenzione prioritaria alla "salute fisica". Nelle parole di Matarazzo (1982) la psicologia della salute muove anche dalla necessità di rispondere ad una pressione sociale e politica che chiede alla psicologia (che "è divenuta leader nel campo della salute mentale dopo la Seconda Guerra Mondiale") di impegnarsi, nelle ultime due decadi del XX secolo, ad investigare "in modo aggressivo" e a confrontarsi efficacemente con il ruolo dei comportamenti e degli stili di vita individuali nella salute fisica e nelle sue disfunzioni. Anche se non v'è mai alcuna esplicita assunzione di una separatezza tra salute fisica e mentale (che nella tradizione della psicologia della salute verrà ripetutamente ricondotta alla prospettiva dell'integrazione mente-corpo) la psicologia della salute sembra accettare una sorta di dualismo pragmatico ed arrivare a considerare come proprio campo elettivo gli aspetti psicologici e comportamentali della sola salute fisica.

Un terzo tratto è rappresentato dalla centralità dell'individuo. Ciò non significa necessariamente che vengano del tutto misconosciuti altri determinanti (sociali, culturali) del benessere e della malattia, ma la psicologia della salute sembra concentrarsi:

- a) sulla salute dei singoli (bambini, adulti, anziani) e quindi a non considerare la salute come "fatto sociale", ma al più come fatto individuale che ha antecedenti (ad esempio i fattori di rischio ambientale) e conseguenze sociali (ad esempio i costi sociali delle malattie). All'inizio, i concetti di salute di comunità e di salute ambientale, come fattore olistico non riconducibile alla semplice sommatoria dello stato di salute dei singoli, non hanno una chiara rilevanza. La stessa attenzione alle caratteristiche del sistema sanitario (all'health care system, e alla health policy) sono gerarchizzate in una posizione dipendente dalla ribadita posizione centrale in cui si pone "the person whose health is at issue" (Stone, 1984).
- b) sugli interventi destinati all'individuo e al cambiamento di comportamenti individuali (smoking cessation, exercise, stress coping,..) anche quando questi interventi si avvalgono di mezzi di diffusione collettiva o chiamano in causa le politiche e l'organizzazione del sistema sanitario. La dimensione collettiva è il mezzo, il veicolo per raggiungere il fine e raramente è considerata come un autonomo contesto in cui gli atteggiamenti e le rappresentazioni, le dinamiche intragruppo e intergruppo o, meno ancora, l'organizzazione del potere, le dipendenze o le disuguaglianze possano costituire dimensioni rilevanti per la salute

La centralità dell'individuo, quindi, anche se non viene collocata in una assunzione teoretica e di principio sulla "natura" della salute, costituisce un importante e impegnativo organizzatore pratico con cui vengono aggregati i contributi della psicologia alla salute, nella prima fase di sviluppo della disciplina. Ciò viene a significare che, anche quando rivolge il proprio sguardo oltre l'individuo, agli atteggiamenti e alle politiche sociali, questo sguardo rimane pur sempre orientato a valutare e a produrre effetti sulla salute individuale.

Un tratto dipendente da questa centralità dell'individuo è l'enfasi attribuita alla "responsabilità".

Matarazzo (1982) definisce nel seguente modo la psicologia della salute: Health psychology is the aggregate of the specific educational, scientific, and professional contribution of the discipline of psychology to the promotion and maintenance of health,

the prevention and treatment of illness, and the identification of etiologic and diagnostic correlates of health, illness, and related dysfunction, and to the analysis and improvement of the health care system and health policy formation” (pag. 4). In precedenza lo stesso Matarazzo (1980) aveva definito il campo della behavioral health in modo pressoché analogo: “behavioral health is an interdisciplinary field dedicated to promoting a philosophy of health that stresses individual responsibility in the application of behavioral and biomedical science knowledge and techniques to the maintenance of health and the prevention of illness and dysfunctions by a variety of self-initiated individual or shared activities” (pag. 813)

E’ importante rintracciare in quest’ultima definizione, un’accentuazione morale, con un esplicito riferimento a Knowels (1977), secondo cui “over 99 per cent of us are born healthy and made sick as a result of personal misbehavior and environmental conditions. The solution to the problems of ill health in modern American society involves individual responsibility in the first instance, and social responsibility through public legislature and private volunteer efforts in the second instance” (pag. 58)

La definizione di Matarazzo (1980) di “Behavioral Health” mette in posizione centrale:

- a) il ruolo della responsabilità individuale nel mantenimento o nella perdita della salute;
- b) la consistenza di tale responsabilità con le conoscenze biomediche (e psicologiche) sulla salute.

In tal modo, cioè, la responsabilità sembra declinarsi in funzione delle conoscenze disponibili e ciò finisce con l’aver diverse conseguenze:

- a) la tendenza delle conoscenze a disporsi in modo “normativo”, nel duplice senso
- b) della categorizzazione e descrizione della salute come norma a cui attenersi e
- c) della categorizzazione dei comportamenti e degli atteggiamenti che “devono” essere adottati per mantenersi entro quella norma
- d) la tendenza a concettualizzare la salute come un “dovere” a cui l’individuo deve attendere non solo nel proprio interesse, ma anche nell’interesse collettivo;
- e) la tendenza a ridurre molti fattori individuali che concernono la salute al grado di conoscenza delle informazioni scientifiche e alla conformità dei comportamenti a tali conoscenze.

V’è da notare, in queste dimensioni, come il ragionamento di Matarazzo prenda le mosse, nel contributo del 1982, dall’innalzamento esponenziale della spesa sanitaria e degli effetti su di essa della riconfigurazione dello scenario epidemiologico negli ultimi decenni. Il richiamo alla responsabilità individuale in questo contesto enfatizza il carattere “sociale” di tale responsabilità, ma riducendo quest’ultima alla sua sostenibilità economica. Il ragionamento, peraltro, mentre ripropone una dipendenza dei comportamenti individuali dai determinanti collettivi e dai dispositivi deontologici della “scienza biomedica e comportamentale”, è compatibile con e promuove una visione cognitivista dell’uomo come soggetto di salute.

Un tratto ulteriore è dunque rintracciabile nella natura cognitiva con cui si caratterizza l’ingresso in gioco dell’individuo e la sua responsabilità nei processi di salute e di malattia. In questa direzione va letta l’enfasi sui processi di decisione, scelta, problem solving,

background knowledge, formazione degli atteggiamenti e delle intenzioni, come determinanti dei comportamenti di salute.

Almeno in una prima, lunga fase del suo sviluppo, la psicologia della salute sembra inoltre caratterizzarsi prevalentemente per un'enfasi eccessiva accordata ai processi di malattia, anche se in un'ottica prevalentemente preventiva, piuttosto che sui processi positivi di salute. Pur perseguendo un concetto di salute che non si riduca all'assenza di malattia, la definizione di Matarazzo (1982) e gli argomenti usati per sostenerne la rilevanza, sembrano reintrodurre una concezione pratica di salute fisica come condizione (da mantenere o recuperare) di sostanziale assenza di malattia.

In sintesi, la psicologia della salute a cui Matarazzo sembra voler richiamare i diversi contributi e le risorse intellettuali e professionali, sembra caratterizzarsi in senso fortemente applicativo, individualista e cognitivista, rivolto prevalentemente al mantenimento e alla promozione della salute fisica. Questa linea interpretativa costituisce certamente uno dei nuclei fondamentali che, all'inizio, canalizzano lo sviluppo della psicologia della salute. Essa è dunque una parte importante di quella Mainstream Health Psychology che si è caratterizzata per un successo esplosivo sullo scenario anglosassone ed europeo negli ultimi tre decenni. Questa linea ha contribuito al successo sulla base anche dei seguenti punti di forza.

- La psicologia della salute si pone in continuità con la behavior medicine e ne eredita gran parte dei temi e degli orientamenti teorici. Pur senza potersi ridurre ad essa, molti dei suoi temi tipici sono presenti e caratterizzano i principali manuali di Health Psychology;
- Aprendosi ad una prospettiva fortemente caratterizzata in direzione sociocognitiva, la psicologia della salute finisce col godere del prestigio e dell'influenza che la *Social Cognition* negli stessi anni sta guadagnando nella comunità scientifica, soprattutto americana. Allo stesso modo, per converso, ne subisce essa stessa un'influenza che finisce con l'accentuare il carattere individualista della disciplina;
- Ha saputo, entro questa linea, operazionalizzarsi in modelli esplicativi di tipo cognitivo-comportamentale di diretta derivazione dalla Sociale Cognition (HBM, teoria dell'azione ragionata e i vari modelli aspettativa-valore) che, indipendentemente dal loro effettivo valore euristico, sembravano aprire una prospettiva promettente e innovativa;
- Ha saputo proporsi con una concreta capacità di implementazione di programmi e "pacchetti" di intervento efficaci per gli scopi circoscritti a cui tendevano, ai diversi livelli dello scenario "sistemico" proposto da Stone (la persona, i rischi, l'Health Care System, le Health Policies)

Il coronamento di questa linea risiede probabilmente nell'incontro tra la Health Psychology e la teoria dell'apprendimento sociale nelle strategie di intervento fondate sulla self-efficacy di Albert Bandura

Psicologia della salute, modello biopsicosociale e orientamento sistemico

Per quanto tenda ed assimilarsi in un'unica linea di sviluppo, la Mainstream Health Psychology è probabilmente fondata su un ulteriore e indipendente fondamento che affianca e, per molti aspetti corregge, la derivazione diretta dalla Behavioral Health di Matarazzo, quello del "modello bio-psico-sociale". Se nelle intenzioni di alcuni (Taylor, Sarafino) esso costituisce una cornice di riferimento che consolida la nascente Health Psychology e la dispone in campo nella lotta contro il modello biomedico dominante, si può sostenere che la sua accoglienza nell'ambito della psicologia della salute finisce col modificare in profondità gli orientamenti di fondo della disciplina e di spostare l'enfasi in altre, forse più promettenti direzioni, ad orientamento sistemico e transazionale. Di fianco ad una psicologia della salute pragmatica, individualista e cognitivista, si fa strada una psicologia della salute sistemica, olistica, transazionalista, più attenta all'integrazione dei livelli esplicativi e delle dimensioni di intervento. Tale orientamento mantiene una propria validità, anche perché fortemente ancorato ad una solida ed autonoma tradizione psicologica, indipendentemente dal fatto di essere veicolata in psicologia della salute dalla concettualizzazione bio-psicosociale. Questa, infatti, finisce con l'essere valida "in tutte le stagioni" se considerata nella sua generica affermazione di una complessità di livelli biologici, psicologici, sociali o di essere invece una prospettiva troppo angusta se dimensionata entro le strettoie epistemologiche della originaria impostazione della "medicina biopsicosociale" di Engels.(1977)

L'origine indipendente del modello bio-psico-sociale rende importante chiarire i limiti con cui la *mainstream health psychology* soddisfa i suoi requisiti teorici e operazionali e se, dall'altra parte, la necessità per la Health Psychology. di andare oltre il modello individualista e sociocognitivo, non induca ad esplorare altre strade e rendendo così più flessibili e aperte le linee di sviluppo della disciplina..

Quindi, pur essendo una riflessione che nasce all'interno delle tensioni della cornice e dell'approccio medico alla malattia (e in particolare alla malattia mentale), la psicologia della salute e la sociologia medica hanno trovato nella formulazione di Engel uno spazio e una prospettiva di grande rilievo. Il modello BPS rappresenta contemporaneamente

- una sfida alla egemonia del modello biomedico nel campo della salute fisica, ma anche
- una risposta alla sua crisi di fronte alle nuove emergenze epidemiologiche e alle nuove sensibilità sociali verso la salute (testimoniate anche dalla definizione OMS di salute) e, ancora,
- una spinta a riunificare le prospettive tuttora segregate nello studio della salute (individuo vs società; mente vs corpo; soggettività vs oggettività, ecc.), soprattutto grazie a
- un concreto invito a impiegare convincentemente l'approccio sistemico al campo della salute

L'approccio sistemico in psicologia della salute

Il contributo alla psicologia della salute della cornice biopsicosociale ne ridimensiona e attenua alcuni tratti iniziali che si inseriscono ora in una visione meno unilaterale, sistemica, ecologica.

La World Health Organization (1964) ha definito la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come assenza di malattia o infermità”. Questa definizione è piuttosto radicale perché oltre a modificare il concetto storico di salute, concepito dalla medicina come assenza di malattia, apre soprattutto la strada al modello sistemico della salute.

Per la teoria dei sistemi, infatti, gli individui sono concepiti come sistemi viventi cioè non sono considerati soltanto nella loro unità e unicità ma esistono grazie allo scambio di informazioni tra i vari sottosistemi che li compongono e grazie all'interazione con l'ambiente. Tale rapporto è definibile come un processo dinamico di autoregolazione e automonitoraggio attraverso *feedback* interni ed esterni. Questi concetti sono strettamente legati al modello positivo di salute poiché l'efficacia dell'autoregolazione procura nuove e superiori risorse per la crescita, per lo sviluppo, per il mantenimento e la sopravvivenza del sistema vivente. D'altra parte quando il sistema fallisce nella capacità di autoregolarsi non è in grado di far fronte alla malattia e le sue capacità di adattamento sono seriamente messe in crisi.

L'organizzazione del sistema vivente è gerarchica, ogni livello è caratterizzato da determinate relazioni. Per esempio, sul piano micro esistono norme di regolazione elettrochimiche mentre su quello macro norme di comportamento interpersonale. Sameroff (1983) ha proposto un'analisi dei sistemi viventi con particolare riferimento allo sviluppo dei processi mentali indagando non solo la dimensione trasversale cioè i diversi contesti e situazioni di socializzazione ma anche quella longitudinale ed evolutiva.

Un esempio di come la teoria dei sistemi è applicabile alla psicologia della salute è dato da Brody (1973)⁴ il quale ha delineato un *human-system model of health* multidimensionale ordinato non solo in modo verticale e gerarchico (cellule, organi...) ma anche orizzontale sia dal punto di vista ontogenetico che filogenetico del processo. Secondo tale modello quando le varie parti del sistema e i diversi livelli gerarchici sono in uno stato di armonioso e dinamico equilibrio si può forse parlare di stato di salute. Brody inoltre definisce la malattia come una perturbazione o distruzione di tale armonia poiché intacca l'autoregolazione.

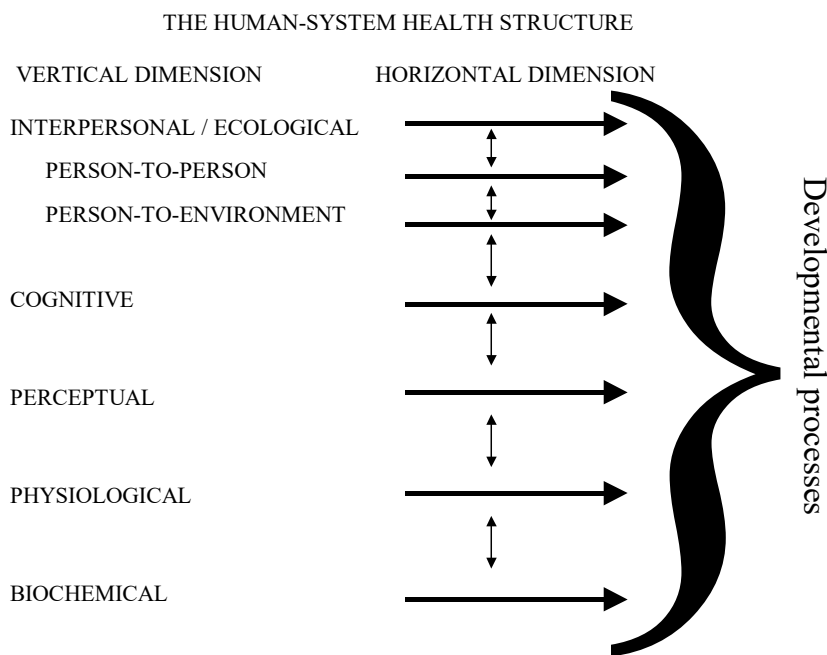
Per descrivere il funzionamento di un sistema vivente occorre utilizzare il concetto di *integrazione organismica* (Seeman, 1959). Con il termine *organismico* si intendono tutti i sottosistemi comportamentali della persona (la dimensione biologica, psicologica, percettiva, cognitiva e interpersonale), mentre con *integrazione* si intendono le transazioni che avvengono sia all'interno di questi sottosistemi sia tra essi; questo processo dinamico massimizza la quantità di informazioni disponibili alla persona su cui prendere decisioni e agire.

Ci sono dunque tre aspetti che caratterizzano tale modello: la struttura gerarchica del sistema e la comunicazione bidirezionale tra i livelli, la dimensione orizzontale che

⁴ Brody, H. (1973). The systems view of man: Implications for medicine, science, and ethics. *Perspectives in Biology and Medicine*, pp 71-92.

enfatisza la “mappatura” della salute del sistema e infine quella longitudinale ed evolutiva che sottolinea il processo di sviluppo in corso (vedi figura)

Il sistema vivente è dunque un’*unitax multiplex* dove le transizioni e i cambiamenti dei e tra i sottosistemi vanno compresi nel contesto di funzionamento di tutto l’organismo. Secondo le implicazioni empiriche di tale modello si può parlare di *multimodal arousal* non nel senso che ogni individuo ha comportamenti biologici differenti ma nel senso che ha differenti e specifici stati di attivazione; questi diversi *patterns* hanno profonde e



pervasive conseguenze sulle funzioni dell’organismo e sulla sua salute. Manson (1975) afferma che i momenti specifici di *arousal* che si riescono a cogliere piuttosto facilmente sono nel momento di passaggio tra l’*arousal* psicologico e quello biologico.

Concepire dunque l’uomo come sistema vivente ci richiama all’attenzione un’idea di salute capace di comprendere molti campi, inoltre non ci obbliga a stare sulla soglia del disagio o della malattia per comprendere o misurare il livello di salute. Con ciò non si intende dire che la malattia abbia perso la nostra attenzione, ma piuttosto che non è necessariamente ancorata alla definizione di salute. Salute e malattia sono piuttosto due estremi di un *continuum*.

Infine per quanto concerne la promozione della salute, il modello sistemico ci permette di attuare dei programmi mirati a diversi sottosistemi; inoltre, dal momento che il comportamento di ogni sottosistema è connesso con quello degli altri sottosistemi, è possibile entrare nel sistema umano da più punti e creare connessioni con i determinanti centrali che permettono un funzionamento efficace.

Anche se non sempre chiaramente riconosciuta, la dimensione evolutiva costituisce una caratteristica fondamentale del modello sistemico e biopsicosociale, che privilegia una *life-span perspective*, in cui la comprensione dei processi di salute e di malattia chiedono

di essere contestualizzati secondo una prospettiva temporale che abbracci tutto l'arco vitale. I livelli di organizzazione coinvolti nel sistema bio-psico-sociale sono infatti dipendenti dai cambiamenti che caratterizzano lo sviluppo. La stessa rappresentazione della salute e della malattia cambia fortemente nel corso della vita, così come cambiano i processi biologici di base, le dinamiche emotive, cognitive e di personalità, le norme sociali e le aspettative, le attività e il livello di partecipazione alla vita di relazione.

Sotto molti aspetti, quindi, il quadro concettuale si caratterizza e si esplicita mediante l'individuazione della relazione tra persona e ambiente come unità di analisi e sembra orientarsi verso concezioni di tipo contestualistico-evolutivo. Infatti:

- In primo luogo il modello biopsicosociale, prende di fatto le distanze dai metamodelli meccanicistici e organicistici che hanno a lungo dominato anche gli approcci tradizionali alla salute. Esso privilegia, coerentemente con l'approccio contestualistico-evolutivo, la non linearità o la multilinearità entro modelli causali complessi, piuttosto che legami di tipo deterministico e lineari. Allo stesso modo le relazioni previste dal modello tra i diversi livelli di organizzazione si possono definire come **transazioni** (che implicano cambiamenti in tutti i livelli di organizzazione coinvolti) piuttosto che come **interazioni** (in cui tali cambiamenti non sono implicati e in cui l'enfasi è conferita più agli effetti che ai processi).
- In secondo luogo, nell'introduzione di una *life-span perspective*, la dimensione evolutiva coinvolge tutte le relazioni transattive che specificano la relazione tra persona e contesti. Sotto questo profilo il modello biopsicosociale dovrà certamente, per così dire, rendere più espliciti i riferimenti teorici con cui rendere conto di come le relazioni tra livelli di organizzazione si modificano lungo la linea temporale. Un'analisi dei processi dinamici (Ford e Lerner, 1994), come quelli indicati dalla figura 4, implica una "teoria del cambiamento evolutivo" che probabilmente costituisce una linea di orizzonte dell'attuale concettualizzazione in psicologia della salute.

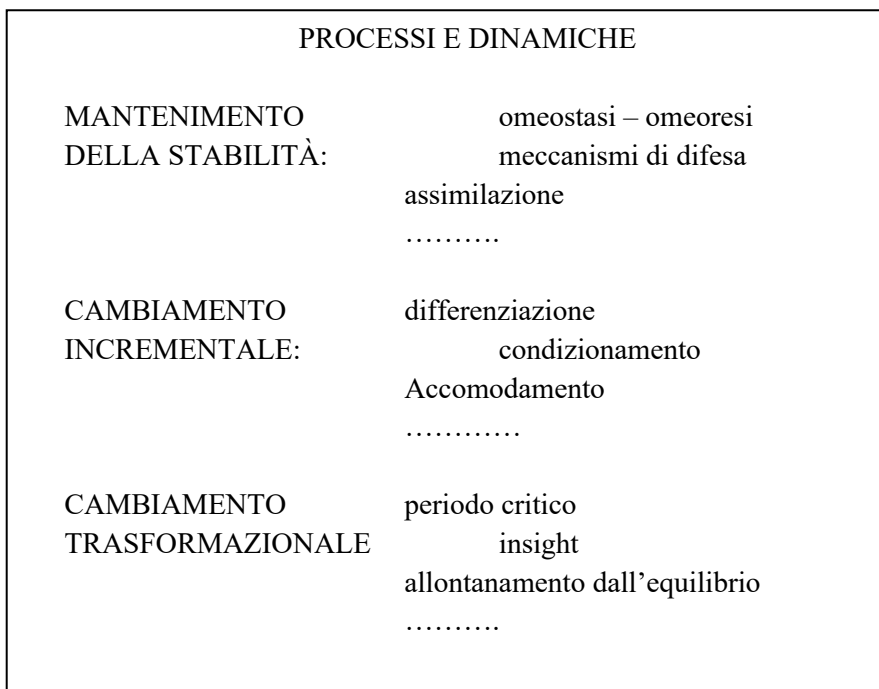


Figura 3: modelli di cambiamento

Punti di forza e criticità nello sviluppo della psicologia della salute

Nel paragrafo che segue si cercherà di delineare il modo in cui i principali topics della psicologia della salute corrispondano pienamente a questo “programma di ricerca” o chiedano invece di essere oggi attentamente rivisitati. Quel che è in gioco non è solo la necessità di liberare la psicologia della salute dalla stretta della social cognition, ma allo stesso tempo di aprire la visione sistemica implicita nel modello biopsicosociale ad una più generalizzata attenzione alle dimensioni critiche e ad una più esplicita necessità di “prendere posizione” su alcuni nodi cruciali della salute nella realtà sociale e culturale e negli equilibri economico-politici che caratterizzano il nostro tempo.

Linee di azione della psicologia della salute

Il campo d’azione della Psicologia della salute può essere delineato tracciando una linea di confine, mobile e provvisoria, tra interventi mirati alla promozione dei comportamenti di salute e degli stili di vita sani, da un lato, e alla gestione della malattia e dei problemi di salute dall’altro.

Coerentemente col modello biopsicosociale, la tradizione della psicologia della salute non limita la propria azione all’intervento individuale, ma cerca di abbracciare l’intero raggio dei problemi di salute che si collocano ai diversi livelli di organizzazione. Una prima definizione del raggio d’azione della Psicologia della Salute viene concettualizzata in termini sistemici nella rappresentazione di Stone (1987), illustrata nella seguente figura 7

Il sistema di riferimento vede alla base la persona la cui salute è in questione (indicata con l’acronimo PHAI) e via via vengono indicati i livelli di organizzazione e di intervento con cui la persona interagisce in modo diretto (livello primario) o indiretto (secondario e terziario), ma con un indubbio impatto sulla sua salute.

Entro questo quadro sistemico, gli interventi di psicologia della salute possono essere definiti in primo luogo sulla base degli ambiti in cui essi vengono esercitati.

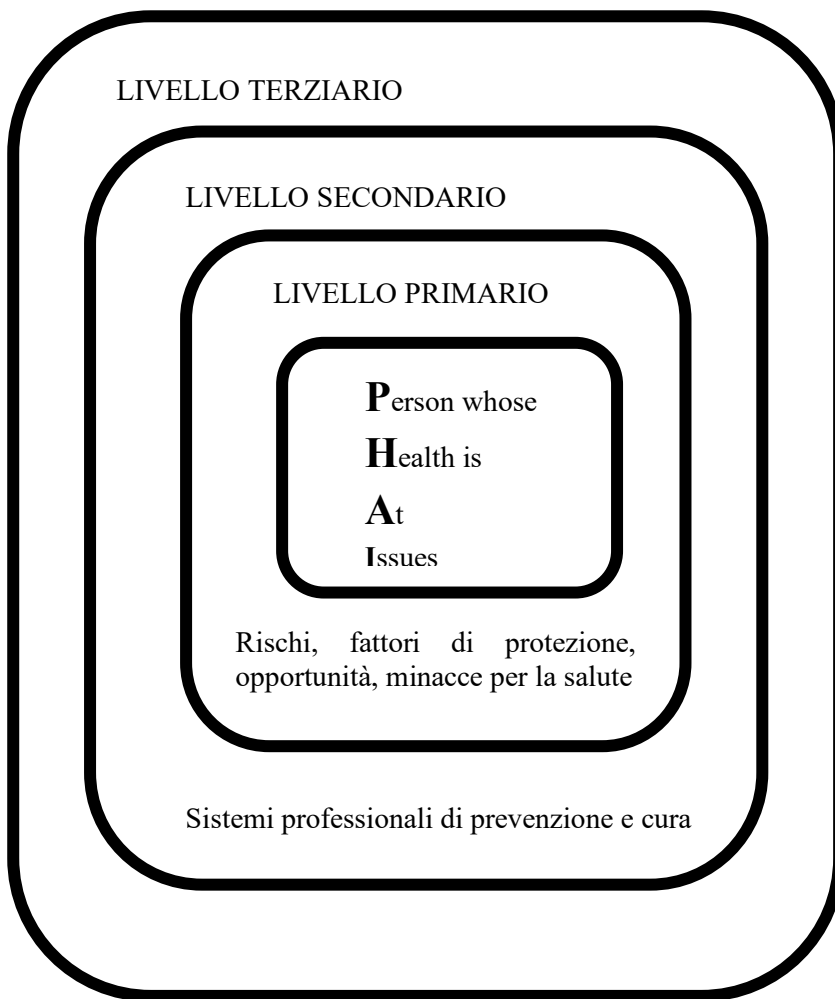


Figura 7: Elementi del sistema salute secondo Stone (1987)

Servizi sanitari

Nell'ambito dei servizi sanitari i compiti degli psicologi sono classificati nel seguente modo (cfr. Tulkin, 1987)

- Prevenzione e intervento sui comportamenti rilevanti per la salute
- Approcci di trattamento alternativo e non farmacologico
- Trattamento psicologico sia come intervento primario che come intervento complementare
- Coping delle crisi mediche acute
- Interventi per l'adattamento nelle malattie croniche
- Interventi sulla relazione medico-paziente e sull'adesione dei pazienti alle cure (*compliance*)

Interventi sui luoghi di lavoro

I luoghi di lavoro rappresentano un ambito di intervento molto significativo per la psicologia della salute. La ricerca applicativa (cfr. Follick, Abrams, Pinto, Fowler (1987) evidenzia come essi siano interessati a

- Interventi di screening e educazione alla salute
- Interventi diretti su fattori di rischio quali:
- Fumo
- Obesità
- Ipertensione
- Fitness cardiovascolare
- Gestione dello stress
- Programmi integrati di promozione della salute che coinvolgano ad es. stili di vita, benessere emotivo, soddisfazione sul lavoro

Interventi nella comunità

A questo livello, la psicologia della salute si avvale di una pluralità di modelli elaborati dalla psicologia di comunità (cfr. Trickett, 1987) , quali ad esempio strategie di prevenzione, assessment e intervento organizzativo, l'azione sociale e l'approccio ecologico. Quest' ultimo rappresenta un contributo fondamentale nell'evoluzione della promozione della salute. "L'approccio ecologico vede la salute come il prodotto dell'interdipendenza fra l'individuo e i sottosistemi dell'ecosistema (come la famiglia, la comunità, la cultura e l'ambiente fisico e sociale). Per promuovere la salute, questo ecosistema deve offrire le condizioni economiche e sociali che facilitano gli stili di vita sani. Deve inoltre fornire informazioni e consentire l'acquisizione di abilità necessarie affinché gli individui possano prendere decisioni riguardo al proprio comportamento in modo da mantenere la salute" (Zani e Cicognani, 2000, pag. 184).

Interventi sulla salute pubblica e sulle politiche sulla salute

Faden (1987) indica come ambiti qualificati di intervento psicologico sulla salute pubblica quelli che riguardano:

- Gli stili di vita e gli interventi rilevanti per la salute
- Il controllo dei fattori di rischio
- Interventi sull'allocazione delle risorse pubbliche per la salute e la valutazione delle politiche sanitarie

Viene riconosciuto un ruolo alla psicologia della salute nella formazione delle politiche sanitarie, soprattutto nella formazione dl personale politico e amministrativo e in processi di consulenza attiva e di expertise su aspetti correlati con i problemi psicologici della salute. De Leon e VandenBos (1987) indicano che l'impegno sul versante delle politiche sanitarie riguarda sia le istituzioni formative e associative della psicologia della salute, sia gli psicologi della salute individualmente e sollecitano una maggiore attenzione della disciplina alla comprensione e delle dinamiche politiche come parte integrante nella formazione degli psicologi della salute

In linea generale, dunque, gli interventi di psicologia della salute, nei diversi contesti d'azione, sono andati storicamente disponendosi lungo due versanti principali:

Gestione delle malattie e dei problemi di salute

Questo versante riguarda in particolar modo:

- Comportamenti dei pazienti e i processi di management della malattia e, in modo particolare:
 - La consultazione col medico
 - L'esperienza del trattamento
 - Intervento sui sintomi
 - Management del dolore
 - Interventi sull'aderenza alle cure e alleanza terapeutica
- Intervento su condizioni di vita e malattia
 - Intervento sulle condizioni di vita e sulla gestione degli aspetti psicologici coinvolti nelle malattie croniche
 - Aspetti psicologici delle malattie ad alta mortalità
 - Interventi sulla qualità della vita di fronte alla morte
- Stress e coping

Interventi di prevenzione e di promozione della salute

- Interventi sui comportamenti di salute
- Interventi sugli Stili di vita
- Interventi di prevenzione e promozione della salute nella comunità, nei luoghi di lavoro e nelle scuole
- Interventi di consulenza sulle politiche sociali e sanitarie

La linea evolutiva degli interventi della psicologia della salute è fortemente caratterizzata da uno slittamento dello sguardo “dal versante della diagnosi e della terapia, per aprirsi con rinnovata attenzione alle dinamiche dello sviluppo della persona e della convivenza sociale. Le "risorse" più o meno nascoste, anziché le "patologie" più o meno manifeste, costituiscono il punto focale di riferimento. Ne consegue pertanto, sul piano applicativo, che l'orientamento prevalente si ispira piuttosto alla sollecitazione o valorizzazione delle prime che non alla correzione o rimozione delle seconde. Lo spostamento di accento, da una linea prescrittiva ad una linea di stimolo e di sollecitazione, comporta anche un sensibile cambiamento nella relazione fra l'esperto psicologo e l'utente” (Bertini, Braibanti, Gagliardi, 1999). Il concetto di **promozione della salute** acquista in tal modo un valore più ampio di quanto non fosse ad esso assegnato, agli esordi della psicologia della salute, come insieme di strategie volte a facilitare l'adozione di comportamenti sani. Come dice con chiarezza Mario Bertini, “In definitiva, nella “promozione”, l'obiettivo diventa lo sviluppo della persona, dei gruppi, delle comunità, in una visione attenta alla dinamica intra- e inter-sistemica in cui le vicende di

questo sviluppo prendono forma. Questa visione si accompagna alla consapevolezza che, nella realizzazione di ogni progetto, tecnici e utenti sono coinvolti in un processo continuo di co-costruzione, pur nella distinzione dei ruoli” (Bertini, 1998, pag. 23)

Comportamenti di salute. I modelli

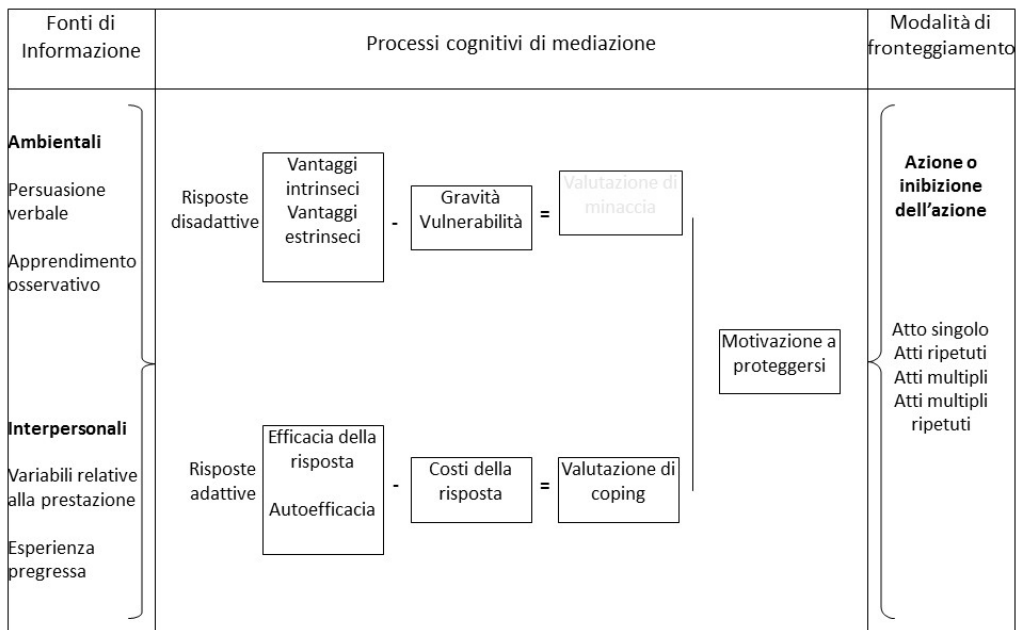
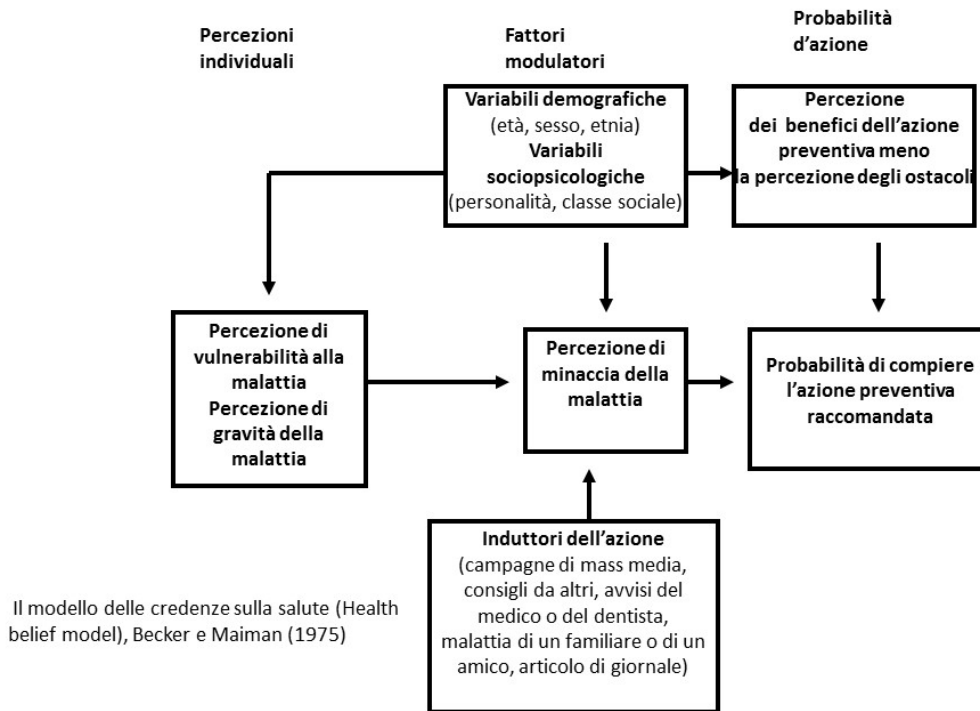
La comprensione del modo in cui le persone valutano e fronteggiano le richieste che l'ambiente pone loro è obiettivo prioritario per una scienza che ha come finalità vincere la malattia e migliorare le condizioni di salute. In questa cornice concettuale, lo studio dei comportamenti rilevanti per la salute ha costituito un'importante area di interesse per la Psicologia della Salute.

Il considerevole numero di decessi attribuibile, per lo meno nelle società industriali, a modelli di comportamento dannosi per la salute, e la relativa convinzione che tali comportamenti possano essere modificati, sono i presupposti sui quali si è basata la ricerca in questo campo.

L'esigenza di individuare i comportamenti rilevanti per la salute ha condotto alla formulazione di alcuni modelli, che hanno come denominatore comune un orientamento socio-cognitivo e condividono il presupposto secondo cui gli atteggiamenti e le credenze sono le principali determinanti del comportamento. Tra questi, si sono succeduti nel tempo il modello delle credenze sulla salute, la teoria della motivazione a proteggersi, la teoria dell'azione ragionata, la teoria del comportamento pianificato, il modello dell'elaborazione spontanea. A parte l'ultima, le altre teorie sono caratterizzate dal modello aspettativa-valore, il quale ipotizza che le decisioni relative al come comportarsi dipendano dalla valutazione della probabilità con cui un'azione condurrà al risultato previsto e alla valutazione di questo risultato. L'assunto alla base è che gli individui, in quanto esseri razionali, scelgano, tra le varie alternative possibili, l'azione che con maggiore probabilità condurrà a un esito positivo o eviterà conseguenze negative. I vari modelli specificano i tipi di convinzioni e atteggiamenti che possono predire i comportamenti rilevanti per la salute, fornendo nel contempo l'opportunità di capire come modificarli in caso fossero inadeguati.

Una breve descrizione dei modelli può favorirne la comprensione, permettendo nel contempo di valutarne l'efficacia nella predizione dei comportamenti rilevanti per la salute (Stroebe e Stroebe, 1995):

- a) il modello delle credenze sulla salute (Becker e Maiman, 1975). Secondo questo modello, le probabilità che una persona adotti un comportamento rilevante per la salute sono legate sia a quanto essa ritenga di essere suscettibile al rischio di contrarre la malattia in questione sia alla percezione di gravità delle conseguenze della stessa. L'unione di suscettibilità e gravità determina la percezione di minaccia della malattia, in presenza della quale la persona potrà adottare un comportamento di salute, sempre che ritenga l'azione come portatrice di benefici maggiori dei relativi costi.



Schema illustrante la teoria della motivazione a proteggersi Rippetoe e Rogers (1987)

- b) la teoria della motivazione a proteggersi (Rippetoe e Rogers, 1987) delinea tre fattori come determinanti per l'adozione di comportamenti di salute: la percezione di gravità dell'evento, la stima soggettiva della probabilità che l'evento si verifichi e l'efficacia della risposta consigliata per prevenire l'evento nocivo.
- c) la teoria dell'azione ragionata (Fishbein e Ajzen, 1975) ha quale presupposto l'idea che l'attuazione di un comportamento sia fortemente correlata all'intenzione di

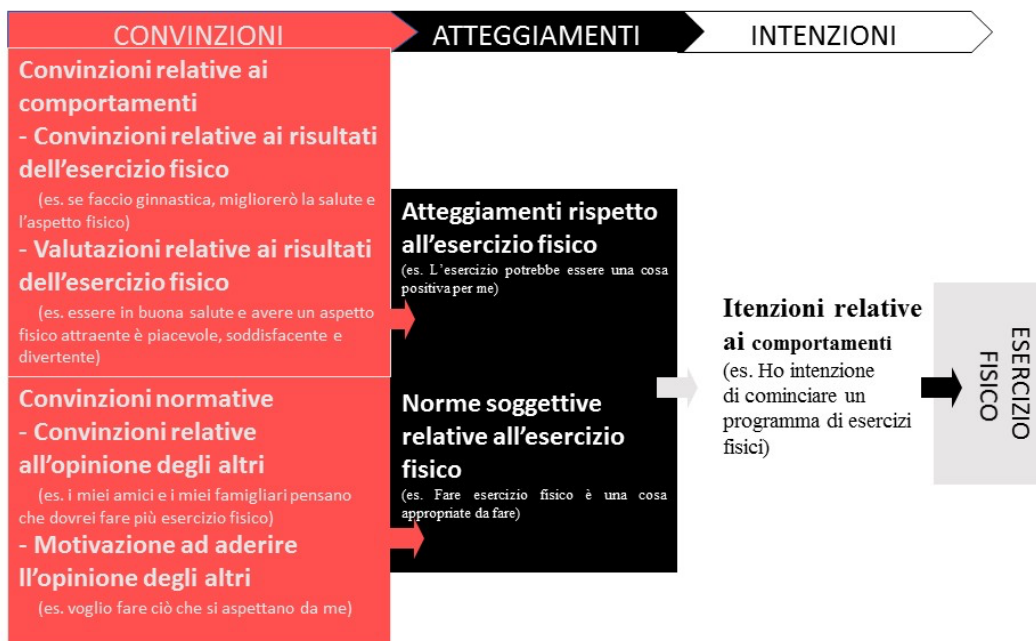
eseguirlo e che quest'ultima sia determinata dall'atteggiamento verso quel comportamento e da norme soggettive.

- d) la teoria del comportamento pianificato (Ajzen, 1985) è un modello generale del comportamento che modifica la teoria dell'azione ragionata, ampliandola attraverso l'inserimento del fattore relativo alla percezione di avere il controllo sull'esecuzione di un determinato comportamento.
- e) Il modello dell'elaborazione spontanea (Fazio, 1986), secondo cui i comportamenti sono influenzati dagli atteggiamenti relativi agli oggetti o agli obiettivi piuttosto che dagli atteggiamenti relativi al comportamento.

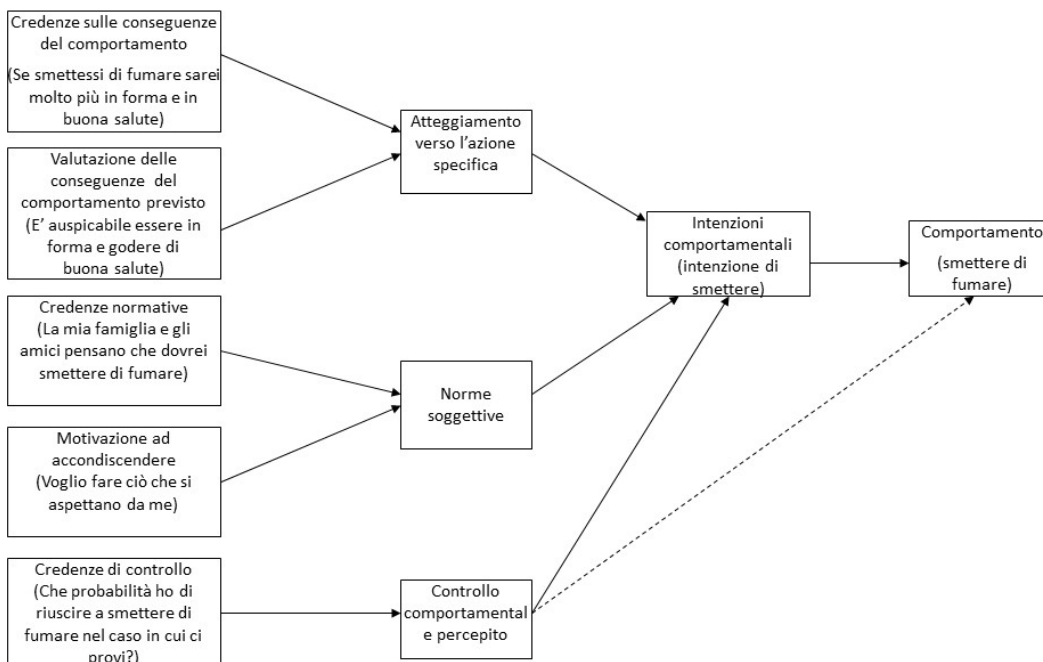
Nonostante questi studi migliorino la nostra comprensione dei fattori e dei processi che determinano l'adozione di comportamenti rilevanti per la salute, essi incontrano grave motivo di impasse nella loro genericità e nel fatto che spesso le persone non agiscono coerentemente con le proprie intenzioni e mantengono comportamenti che riconoscono dannosi per la salute.

Va inoltre sottolineato che questi modelli da un lato mancano di validità ecologica, dal momento che la loro applicazione avviene in maniera acontestuale e indifferente alla cultura, e dall'altro si rivelano statici poiché, focalizzando l'attenzione sull'aspetto socio-cognitivo, non tengono conto della dimensione temporale né dell'aspetto processuale dell'azione (Zani e Cicognani, 2000).

I risultati spesso contraddittori forniti da questi modelli hanno reso necessarie ulteriori elaborazioni, che hanno cercato di ovviare ai limiti delle precedenti formulazioni attraverso l'introduzione, accanto alle variabili cognitive, di fattori emozionali e temporali.



La teoria dell'azione ragionata (Fishbein e Ajzen, 1975) applicata alla decisione di fare esercizio fisico



La teoria del comportamento pianificato (Ajzen, 1985) applicato alla decisione di smettere di fumare

L'esigenza di rendere conto della dinamicità e dell'aspetto processuale delle azioni, ha condotto alla proposta di alcune teorie che includono la dimensione temporale e tengono in considerazione le variabili che influenzano la transizione tra le varie fasi del processo attraverso cui le persone arrivano all'azione. Aspetto rilevante di questi **modelli processuali** è il riconoscimento della non ineluttabilità dei vari passaggi, il che lascia quindi aperto un ampio margine di incertezza rispetto all'attuazione del comportamento.

Il passaggio da uno stadio all'altro è legato a una particolare sequenza, ma la progressione può non essere lineare: solo lo studio delle condizioni specifiche di quella fase permetterà una previsione rispetto alla fase successiva.

Il numero degli stadi è diverso per ognuno dei modelli formulati in questa prospettiva, ma è simile il percorso, che si sviluppa da una fase precontemplativa a una di azione passando attraverso la motivazione.

Fra questi modelli i più conosciuti sono:

- a) il modello di Di Clemente e Prochaska (Di Clemente e Prochaska 1982, Prochaska e Di Clemente, 1984), dove il processo attraverso il quale la persona decide di agire è suddiviso in cinque fasi in ciascuna delle quali viene descritto il comportamento passato e il piano d'azione futuro. I processi di cambiamento sono facilitati da attività esperienziali (soprattutto nelle prime fasi di tipo contemplativo) e da attività comportamentali (efficaci prevalentemente nel passaggio dalla fase di preparazione a quella di azione).

Modello transteoretico (Prochaska et al., 1998),

Dallo stadio *precontemplativo* (in cui la persona non è seriamente interessata a cambiare il proprio comportamento), è possibile passare allo

Stadio *contemplativo* (consapevolezza dell'esistenza di un problema), a quello di

***Preparazione* (motivazione e intenzione di agire), a quello dell'**

***azione* (modificazione del comportamento) allo stadio del**

***Mantenimento del cambiamento* e infine allo**

stadio *finale* in cui non è più presente nessun interesse verso il comportamento precedente.

- b) il modello di Weinstein (1988) è stato sviluppato per spiegare il comportamento di adozione di precauzioni, in particolare nei confronti dell'HIV. Il processo è suddiviso in sette fasi, dalla presa di consapevolezza al mantenimento del comportamento nel tempo, e l'attenzione viene focalizzata sui fattori che influenzano e promuovono il passaggio da una fase all'altra.
- c) Il modello dell'azione rilevante di Schwarzer e Fuchs (1992), in cui assume centralità il concetto di *self-efficacy*: le credenze sull'efficacia personale rivestono un ruolo fondamentale sia nella iniziale fase motivazionale (in cui viene prodotta un'intenzione), sia nella fase dell'azione rilevante per la salute (articolata a livello cognitivo, situazionale e comportamentale).

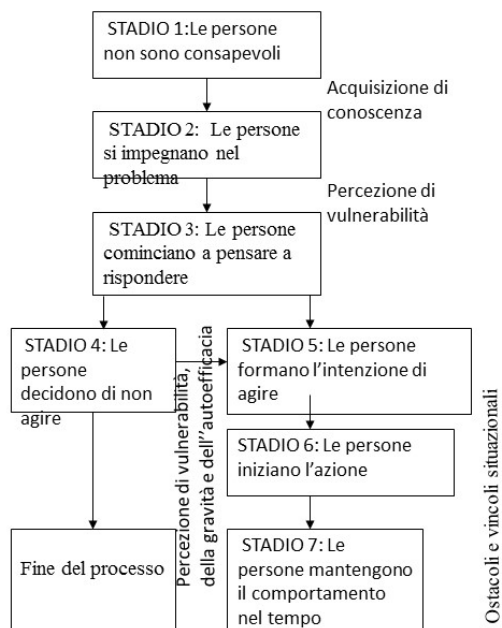


Figura 13: Schema del modello "Precaution adoption process" di Weinstein (1988)

d)

Un'attenzione privilegiata all'aspetto motivazionale, al ruolo delle emozioni e al passaggio dall'intenzione all'azione può essere rintracciata nei **modelli integrati**, che cercano di ovviare ai limiti dei modelli precedenti approfondendo in particolar modo gli aspetti dinamici e i processi di cambiamento.

Fra questi:

- a) il modello di Conner e Norman (1995), che suddivide il processo in cinque stadi e attribuisce particolare rilevanza, nel passaggio dall'intenzione al comportamento, ai concetti di *self-efficacy*, identità personale e senso di impegno.

Modello di Conner e Norman (1995)

PRIMO STADIO (PRECONTEMPLATIVO)

- Non si pensa al cambiamento
- Stimoli induttori motivano alla riflessione
- La percezione di una minaccia consente o facilita il passaggio al

SECONDO STADIO (MOTIVAZIONE E PRESA DI DECISIONE)

- Si forma l'intenzione ad agire

Determinanti:

- aspettative di risultato
- influenze normative
- self efficacy
- altri valori, esperienze passate

TERZO STADIO (PIANIFICAZIONE – PASSAGGIO INTENZIONE/AZIONE)

- Elaborazione di piani d'azione (Bagozzi, 1992)
- Intenzioni di implementazione (Gollwitzer, 1993)

Svolgono un ruolo

- self efficacy
- identità personale
- senso di impegno

QUARTO STADIO (AZIONE) e

QUINTO STADIO (MANTENIMENTO)

- Le persone monitorano e controllano il proprio comportamento

Svolgono ancora un ruolo determinante

- self efficacy
- identità personale
- senso di impegno

- b) il modello di Rutter, Quine e Cheshman (1993), che indaga le variabili intervenienti (socioemozionali e cognitive) tra le dimensioni sociali e gli esiti di salute e malattia. Centrale il concetto di coping: le variabili socioemozionali e cognitive influenzano la scelta degli stili di *coping* e questi, a loro volta, determinano il tipo di comportamento adottato e quindi, in funzione dell'appropriatezza o della disfunzionalità dell'azione, gli esiti sulle condizioni di salute.
- c) il ruolo della dimensione affettiva viene in particolar modo sottolineato da Bagozzi, Baumgartener e Pieters (1998), che indagano il ruolo delle *anticipatory emotions* a valenza positiva e negativa nei comportamenti strumentali al raggiungimento di uno scopo.

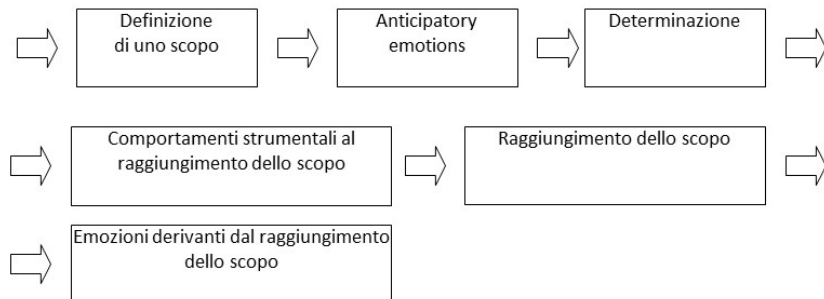
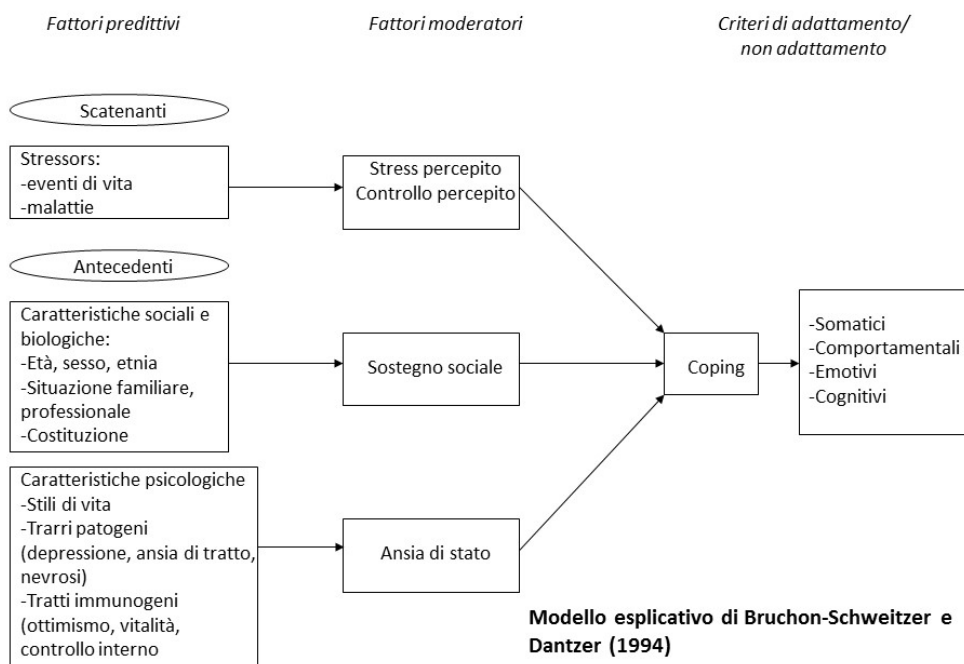


Figura 14. Il ruolo delle anticipatory emotions nel perseguimento di uno scopo (Bagozzi, Baumgartner e Pieters, 1998)



La maggior parte dei modelli presentati fa riferimento alla prospettiva della Social Cognition e quindi pone l'accento prevalentemente sull'aspetto cognitivo e razionale dei comportamenti rilevanti per la salute. Il basso livello di varianza spiegata nei comportamenti di salute, il taglio individualistico a scapito della dimensione sociale, lo scarso interesse per i processi collettivi di costruzione sociale delle credenze sulla salute e sulla malattia, fanno sì che questi modelli non rispondano, se non parzialmente, all'esigenza di una visione più complessa e articolata dei comportamenti rilevanti per la salute

La complessità del tema richiede una prospettiva di ricerca che integri ulteriori dimensioni e che non cada nella tentazione di un riduzionismo psicologico incapace di dare conto della multidimensionalità degli aspetti in gioco.

Personalità, salute e malattia

L'influenza delle differenze individuali di personalità sulla salute e sulla malattia rappresenta uno dei settori più indagati dalla *mainstream health psychology*.

Nonostante il dominio incontrastato nel tempo della scienza medica che, a partire dalla dottrina ippocratica con la sua spiegazione della malattia legata al bilanciamento degli "umori", fino ad arrivare ai più recenti sviluppi della medicina con i suoi entusiasmi per i tentativi di individuazione del substrato organico della malattia, ha cercato di rintracciare una base fisica a ogni tipo di disturbo, sia fisico che psicologico, ha trovato spazio, dalla parte opposta, lo studio dei fattori psicologici come possibili cause del disagio di tipo fisico.

L'evoluzione di questo filone di ricerca parte dagli studi di Freud sull'isteria e sui sintomi fisici privi di una base organica, passa attraverso l'approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici con il suo tentativo di fornire una spiegazione psicologica a patologie organiche quali infarto e cancro, e giunge alla ricerca di correlazioni tra le caratteristiche di personalità e il disturbo organico. In particolare, questo ultimo approccio si è focalizzato sulle differenze tra caratteristiche di personalità di Tipo A e di Tipo B in rapporto al rischio di patologia cardiovascolare.

L'esplorazione di queste diverse modalità di reagire alle sollecitazioni ambientali e il differente rischio di disturbi organici ad esse connesso ha visto una significativa crescita nel campo della Psicologia della Salute a partire dagli anni Sessanta, ma ha incontrato significative difficoltà nel rintracciare un legame causale diretto (connesso a meccanismi fisiologici) o indiretto (attraverso comportamenti) tra personalità e disturbo organico. Se è vero che molte sono le correlazioni rilevate fra tratti di personalità e patologie fisiche, bisogna tuttavia considerare che il legame e soprattutto la direzione di causalità non possono essere inferiti da una relazione rintracciata tra variabili, e non esistono in questo settore studi con una significatività statistica che permetta affermazioni confermate del nesso causale personalità-disturbo fisico.

A partire dalla fine degli anni Novanta l'attenzione si è spostata dalle tipologie di personalità alla considerazione dell'ostilità come fattore di rischio e allo studio del legame tra emozioni e salute. All'interno di queste ricerche, particolare attenzione è stata dedicata allo studio delle relazioni tra depressione e cancro, tra stile ottimistico/pessimistico e condizioni di salute, tra atteggiamenti realistici/irrealistici e tempi di sopravvivenza in caso di patologia da HIV, tra *locus of control* e comportamenti di salute, tra *self-efficacy* e salute positiva.

Nonostante la loro rilevanza per una maggiore comprensione del fenomeno, va detto che questi studi non sono riusciti a dimostrare in maniera evidente un legame tra caratteristiche di personalità e salute.

Stress e coping

Un altro dei *topics* della *mainstream health psychology* è rappresentato dagli studi sullo *stress* e sul *coping* relativamente al loro ruolo come determinanti di salute/malattia.

La ricerca sullo stress mette in relazione i fattori biologici, psicologici e sociali, e questa conformità con la prospettiva biopsicosociale l'ha resa uno dei settori di studio prioritari della psicologia della salute.

Lo stress è stato definito come un fenomeno dei nostri tempi e la recente consapevolezza che le principali cause di morte nella società moderna sembrano risiedere nelle crescenti richieste e pressioni provocate dai nuovi stili di vita, ha portato con sé l'esigenza di una riflessione sul peso di queste pressioni sulle condizioni di salute degli individui.

Il concetto di stress ha visto, nel tempo, un'evoluzione della sua definizione attraverso differenti modelli che ne hanno rispecchiato l'insita complessità (Cassidy, 1999). All'interno di questo processo evolutivo, lo stress è stato concettualizzato come uno stimolo ambientale che pone una richiesta all'individuo, come un tipo particolare di risposta dell'individuo a una determinata situazione, o ancora come una transazione fra l'individuo e il suo ambiente, dove le richieste poste alla persona incontrano la percezione della stessa di avere o meno la capacità di rispondere.

Gli studi sullo stress hanno tenuto conto del ruolo cruciale giocato dalle richieste esterne e dai processi psicologici nei percorsi di salute e malattia, identificando nel contempo diverse tipologie di reazione fisiologica alle situazioni vissute come stressanti.

Gli studi sullo stress prendono avvio dalle ricerche di Selye (1956) sulla Sindrome Generale di Adattamento, dove l'attenzione era centrata sulla risposta biologica alla situazione stressante, e vengono successivamente integrati con l'introduzione dell'elemento psicologico, dando origine al campo della psiconeuroimmunologia e alle ricerche sulle relazioni tra sistema nervoso centrale e sistema immunitario. Le richieste esterne influenzano l'organismo attraverso i meccanismi fisiologici e questo processo è mediato dai processi psicologici ed emozionali: la funzione immunitaria può essere quindi significativamente compromessa dall'esposizione ad agenti percepiti come stressanti e condurre a situazioni patologiche causate da una maggiore suscettibilità ai virus, a malattie autoimmuni o a patologie oncologiche.

Mentre nel modello biologico erano considerati agenti stressanti quelli che influenzavano direttamente la fisiologia dell'organismo (p.e. caldo, freddo, sostanze tossiche), le ricerche successive allargarono l'orizzonte sino a definire come potenzialmente stressante qualunque evento di vita (Lazarus e Folkman, 1984), portando alla consapevolezza che nessuna situazione può essere considerata stressante indipendentemente dalla valutazione che ne fa la persona che la affronta.

Molte energie sono state spese per costruire metodi e strumenti di valutazione degli eventi di vita stressanti e per indagare le reazioni agli stessi, incontrando in questo tentativo di sistematizzazione l'ostacolo della estrema variabilità interindividuale nell'attribuzione di significati e negli effetti dello stress. Da qui prendono avvio due tradizioni di ricerca che tentano di rendere conto delle differenze individuali nel processo di stress, l'una centrata sui tratti di personalità, l'altra sugli stili cognitivi. La prima fa

riferimento alle teorie sul nevroticismo e la realtà emozionale (Eysenck, 1985), sulla hardiness (Kobasa, 1979) e sulla personalità di tipo A (Friedman e Rosenman, 1974), mentre la seconda chiama in causa, fra gli altri, il processo di valutazione cognitiva (Lazarus, 1993), il locus of control (Rotter, 1966), lo stile attribuzionale (Abramson et al., 1978), lo stile di problem solving (Nezu, 1987), l'impotenza appresa (Seligman, 1975).

Sullo stile cognitivo si basano le strategie di coping, vale a dire quelle cognizioni e quei comportamenti atti a gestire richieste che, nella valutazione della persona, intaccano le risorse possedute. L'individuo percepisce o meno di poter fare qualcosa in una situazione e l'efficacia della strategia di coping messa in atto dipende dal contesto, dalla persona e dai costi percepiti dell'azione (Lazarus, 1993).

Ulteriore ambito di ricerca è quello relativo al ruolo del sostegno sociale, dove viene sottolineata la positiva importanza del supporto fornito dagli altri come "effetto tampone" (buffering effect) contro lo stress (Cobb, 1976).

Le critiche mosse a questi filoni di ricerca sono relative alla difficoltà di considerare i tratti di personalità e gli schemi di comportamento come stabili nel tempo e indipendenti dal variare delle situazioni. Ulteriori problemi sono dovuti alla soggettività e alla aleatorietà temporale della valutazione delle situazioni stressanti, oltre che all'eccessiva attenzione data alle caratteristiche che inducono stress a scapito dell'individuazione di risorse e dimensioni positive che potrebbero evitarne l'insorgenza.

Per superare questa impasse, i più recenti sviluppi degli studi sullo stress si sono orientati alla formulazione di un modello integrato che tenga conto del contributo di diverse variabili, ma il tentativo di evidenziare un chiaro nesso tra stress ed eziologia dei disturbi organici sembra impresa di non immediata riuscita. Più interessante sembra essere la rilettura dei concetti di stress e coping operata da Lazarus (2002), dove la relazione individuo-ambiente, così come costruita dall'individuo stesso, viene considerata come fondamentale per la comprensione dello stress e dove viene delineata la prospettiva aperta dalla narrazione delle emozioni legate all'interazione sé-altri-ambiente.

La self-efficacy

Fra i concetti che hanno rivestito un ruolo chiave nella *mainstream health psychology* è possibile rintracciare tre assunti fondamentali: l'individualismo, il sé e la prospettiva socio-cognitiva.

All'interno di questa prospettiva, in cui il sé è visto come agente consapevole della propria identità e individualità e dove l'attenzione è focalizzata su percezioni, credenze e aspettative individuali rispetto a se stessi, trova spazio la teorizzazione di Bandura (1982) relativa al ruolo della *self-efficacy*. Il costrutto si riferisce alla capacità percepita di affrontare e gestire specifici compiti e situazioni, e proprio questa percezione soggettiva risulta fattore chiave nel determinare ciò che l'individuo sarà in grado di fare. L'auto-efficacia percepita, definita come il giudizio che ogni persona attribuisce alle proprie capacità di organizzare e implementare azioni utili a raggiungere determinate *performances*, si rivela pienamente in linea con la prospettiva socio-cognitiva, che ritaglia

all'individuo un ruolo attivo nel controllo del proprio comportamento e dell'ambiente circostante (Marks, 2002).

Chiamando in causa i concetti di padronanza e di controllo individuale, la *self-efficacy* si afferma come potente predittore del cambiamento di comportamento.

Considerato quale pietra miliare per le teorie che si occupano del cambiamento comportamentale, il costrutto di *self-efficacy* viene ritenuto un possibile mediatore nei comportamenti di salute (Bandura, 2002). Secondo questa ipotesi, le persone che ritengono di poter mettere in atto comportamenti rilevanti per la salute, molto probabilmente metteranno in gioco tutte le forze per avere successo in questa intenzione. I comportamenti di salute appaiono quindi mediati dal livello di auto-efficacia percepita e la possibilità di aumentare questo livello contribuisce significativamente al benessere fisico e psicologico dell'individuo. Seguendo questa linea di pensiero, ciò di cui le persone hanno bisogno per raggiungere condizioni di salute è quindi sapere come regolare il proprio comportamento e credere nella propria personale capacità di modificare il pensiero di possibili future malattie in effettive azioni preventive. Compito delle scienze che si occupano di salute deve allora essere quello di infondere nelle persone la convinzione che esse hanno la capacità di modificare positivamente le proprie abitudini verso l'adozione di comportamenti appropriati e funzionali al benessere.

Varie ricerche hanno dimostrato che la percezione dell'efficacia personale risulta fattore predittivo importante nell'adozione di comportamenti rilevanti per la salute e nella modificazione di pratiche nocive. Se infatti le persone ritengono di poter agire efficacemente, sentiranno un maggior coinvolgimento nell'azione e saranno più propensi a mantenerla anche di fronte alle eventuali difficoltà (Zani e Cicognani, 2000).

Il costrutto della *self-efficacy* sembra ricondurre tuttavia l'azione di cambiamento e di governo della salute entro una dimensione individualistica. Di questa possibile unilateralità sembra consapevole Bandura che affianca prontamente alla dimensione individuale della *Self Efficacy* la necessità che i cittadini si facciano carico direttamente dei problemi che investono il loro benessere anche a livello dei comportamenti collettivi, e sul piano sociale e politico. Il costrutto della "*collective efficacy*", applicato in particolare ai gruppi di auto-mutuo aiuto, dovrebbe rappresentare un passaggio, una fuoriuscita dalle restrizioni individualiste, verso una visione orientata a "cambiare le pratiche dei sistemi sociali che hanno effetti nocivi sulla salute piuttosto che cambiare soltanto le abitudini degli individui" (Bandura 1998, pag. 644)

"Un corretto approccio alla salute deve fornire alla gente conoscenze, capacità e senso di efficacia collettiva in grado di governare le iniziative sociali e di *policy* che influenzano la salute degli uomini. Tale impegno sociale mira a elevare la consapevolezza pubblica dei pericoli per la salute, a educare e influenzare i *policymakers*, a mobilitare il sostegno pubblico per le iniziative di *policy*, a escogitare strategie efficaci per migliorare le condizioni di salute. Sapere come sviluppare ed esercitare l'efficacia collettiva può offrire le linee guida per farci procedere oltre nel miglioramento della salute umana" (1998, p. 646).

Questa dimensione collettiva costituisce un'indicazione della necessità di guardare oltre all'individuo per una piena considerazione della salute e del benessere. Tuttavia le implicazioni di questo ampliamento di orizzonte, come si vedrà, comporta l'adozione di

una ben più articolata riflessione sulla relazione tra interventi di psicologia della salute e azione collettiva. Ciò in primo luogo richiede lo slittamento deciso delle un'unità di analisi e di intervento dal livello individuale (o interindividuale) ad una più complesso livello costituito dalla unità *persona-ambiente* e dall'analisi fenomenologica delle relazioni sociali, dell'asimmetrica distribuzione del potere a livello dell'organizzazione sociale e delle stesse istituzioni di cura.

Compliance ed empowerment

Compliance (aderenza alle prescrizioni) è il termine usato per descrivere la decisione dei pazienti di attenersi e di accondiscendere ai trattamenti medici consigliati, indica il modo di approcciarsi alla cura con cooperazione e collaborazione. Si può parlare di due forme di *compliance*. La prima è la *behavioral compliance* che riguarda comportamenti di salute come, per esempio, la rinuncia al fumo, l'esercizio fisico, ecc.; la seconda è la *medical compliance* che riguarda l'adesione alle prescrizioni mediche, alle visite di controllo, il rispetto dei dosaggi, l'assunzione nei tempi stabiliti, ecc.

Da alcuni studi è emerso che più il trattamento è specifico e direttivo meno le persone vi aderiscono pienamente; inoltre la *non-compliance* sembra piuttosto essere la norma. Per esempio, Dunbar e Stunkard (1976) hanno stimato che il 20-80% dei pazienti compie errori di medicazione, mentre il 25-60% interrompe il trattamento prematuramente. Fiedler (1982) ritiene che un terzo dei pazienti è sempre *compliant*, un terzo non lo è mai e l'altro terzo lo è qualche volta. Sembra anche che il tipo di trattamento favorisca o meno la *compliance*.

"Il comportamento *non-compliance* degli individui ha ripercussioni negative sulla salute della società. Per esempio, un comune problema di salute associato ad un'alta percentuale di *non-compliance* è l'asma. Nonostante l'ampio numero di interventi educativi le persone che soffrono d'asma e che non aderiscono pedissequamente ai trattamenti sono tante. In USA è stato stimato che il costo diretto e indiretto per l'asma nel 1990 ammontava a più di 6 miliardi di dollari (Weiss et al., 1992); Bender suggerisce che molti costi sarebbero ridotti se i pazienti avessero più *compliance*" (Marks, Murray, Evans, Willig, 2002, pg 289).

Ci sono alcuni fattori associati alla *non-compliance*; DiMatteo, DiNicola, 1982; Meichenbaum e Turk, 1987 hanno identificato un *range* di fattori sociali e psicologici correlati a tale comportamento. Tra le caratteristiche di comunità può influire la personale situazione sociale come la mancanza di supporto, oppure la disarmonia e instabilità familiare, le aspettative dei parenti nei confronti del trattamento, un domicilio precario, la mancanza di risorse, o situazioni di conflitto e competizione.

Anche le caratteristiche personali possono influenzare, da quelle demografiche, alla presenza di eventuali disabilità, problemi cognitivi o disordini psichiatrici, oppure incomprensioni, dimenticanze e negligenze.

Anche il sistema di credenze dei pazienti è determinante per la *compliance*; la percezione della malattia o di eventuali barriere nel trattamento, la competizione socio-culturale, la diversa concezione che i popoli hanno del disagio e del trattamento, il

modello implicito di malattia o il tipo di un *locus of control* influenzano le convinzioni dei pazienti. Per esempio, da uno studio di Masek (1982) è emerso che più i pazienti percepiscono grave la propria condizione più seguono le raccomandazioni di trattamento. Fincham e Wertheimer (1985) provarono invece che più si crede nei benefici del trattamento e nella certezza che non vi sono barriere insormontabili più vi è *compliance*. Quindi la gravità o la cronicità della malattia sono associate alla *non-compliance* mentre se i sintomi sono chiari i pazienti sono più motivati al trattamento.

Non solo i fattori sociali e psicologici sono correlati alla *compliance* ma anche le caratteristiche del trattamento. La *compliance* del paziente entra in gioco già prima della prescrizione del trattamento; infatti i lunghi tempi di attesa per avere il referto, o tra il referto e l'appuntamento col medico, il contesto clinico, gli inconvenienti burocratici, la fama del trattamento come difficoltoso incidono notevolmente.

Una volta conosciuto il tipo di trattamento, la durata e il costo, le raccomandazioni, le istruzioni complesse, la grande quantità di informazioni che il paziente deve conoscere riguardo alla malattia e al tipo di trattamento, le contro indicazioni, il grado e il tipo di cambiamento richiesto nel comportamento quotidiano, rendono sempre più difficoltosa la *compliance*.

Ley (1979) afferma che i pazienti dimenticano almeno un terzo delle informazioni che lo specialista dà, a causa della vastità e complessità delle cose da ricordare. Inoltre da altri studi (Svarstad, 1976) è emerso che i pazienti, a volte, non riportano correttamente ciò che il medico ha detto loro. Un modo per ovviare a questi errori è consegnare le istruzioni per iscritto.

Per quanto riguarda la durata del trattamento Masur (1981) ha suggerito, diversamente da altri studi, che ciò che maggiormente compromette la *compliance* non sono i tempi lunghi, piuttosto l'assenza di sintomi. Spesso, infatti, la terapia a lungo termine è destinata alle condizioni di malattia cronica per la quale non è detto che il miglioramento dei sintomi sia dato dalle cure mediche.

Importante è, inoltre, la presenza di un'adeguata e continua supervisione professionale e l'appoggio sia morale che pratico da parte dei parenti. Anche la possibilità di gestione delle conseguenze del trattamento è altamente correlata alla *compliance*; se, per esempio, la malattia porta ad abbattimento fisico compromettendo seriamente la vita di tutti i giorni, i pazienti tendono a ridurre la loro acquiescenza verso il trattamento. Da non trascurare è la relazione medico-paziente. È possibile individuare due diversi stili relazionali del medico: il *patient-centred* e l'*authoritarian*.

“Il primo atteggiamento è caratterizzato da empatia, amichevolezza, disponibilità, sincero interesse nei confronti del paziente che, in termini di comportamento non verbale, può essere declinato nel contatto oculare, nel sorriso e in una postura protesa verso il paziente. Il secondo atteggiamento, definito anche *control-oriented style* si caratterizza sostanzialmente per l'atteggiamento di controllo assunto dal medico nell'interazione. Non sorprende affatto che i pazienti preferiscano i medici empatici e disponibili, caratteristiche associate alla *compliance* dei pazienti. Ma non solo, anche la soddisfazione da parte dei medici nei confronti del loro lavoro, il loro senso di sicurezza e un punto di vista positivo nei confronti del paziente sono da considerare come fattori di influenza” (Marks et al., 2002, pag.294).

La letteratura riguardo alla *non-compliance* è diventata sempre più ampia negli ultimi anni, ma non contribuisce ancora alla riduzione di tale fenomeno. Una delle ragioni di questa mancanza di progresso è data dal fatto che si è ancora legati a una visione piuttosto statica di tale fenomeno che ignora l'ampio contesto sociale in cui è inserita la cura e la natura dinamica del comportamento di salute e di malattia. Un approccio alternativo che abbracci maggiormente anche gli aspetti sociali e psicologici richiede un approfondimento del ruolo della medicina nella nostra società contemporanea. Nella nostra cultura occidentale la medicina è basata sui concetti di potere e autorità e si fonda sull'assunto che essa possiede il monopolio della verità, di conseguenza la *non-compliance* dei pazienti risulterebbe effetto della loro ignoranza o devianza” (Marks et al., pag. 296) . Trostle (1998) descrive la letteratura riguardo al tema della *compliance* come centrata sul “potere e sul controllo” . Brehm e Brehm (1981) affermano che le persone vogliono sentire il controllo della loro vita e definiscono questo concetto come l'equivalente di libertà. Per Fogarty (1997) più il trattamento prescritto è lungo e complesso più i pazienti sentono minacciata la loro libertà ponendo addirittura resistenze al cambiamento e adottando comportamenti di *non-compliance* che suonano essere come una resistenza al dominio della medicina.

In realtà non tutti i pazienti criticano il tradizionale atteggiamento autoritario dei medici e non sentono la necessità di porsi con un atteggiamento collusivo o di *non-compliance*; capita soprattutto ai pazienti anziani di preferire un ruolo passivo nella relazione col medico. Taylor (1979) ha suddiviso i pazienti in due categorie: i *bad patients* (coloro che reagiscono con ribellione se avvertono una minaccia alla loro libertà o se sentono che non gli sono fornite sufficienti informazioni circa la malattia o il trattamento) e i *good patients* (coloro che assumono un atteggiamento passivo e remissivo).

Secondo Trostle (1998) la preoccupazione nei confronti della *compliance* è una recente conseguenza del decadimento, nella nostra società, dell'autorità della professione medica. Il mondo orientale, per esempio, non presenta tale preoccupazione poiché il ruolo dei medici ha conservato una posizione dominante, per questo motivo i pazienti adottano facilmente un atteggiamento di *compliance*. Altra caratteristica che contraddistingue l'ideale rappresentazione sociale del medico è la fiducia totale nei confronti dello specialista nella sua capacità di definire e inquadrare chiaramente la malattia; spesso, invece, i medici compiono l'errore di non considerare, nella diagnosi, anche l'influenza dei problemi psicosociali e gli aspetti di contesto.

Da uno studio condotto su 11 paesi degli USA, Bertakis e al. (1991) hanno analizzato 550 colloqui tra medico e paziente somministrando un questionario, solo a quest'ultimi, dopo la visita. È emerso che le domande riguardanti argomenti biomedici e psicosociali erano rispettivamente correlate negativamente e positivamente con la soddisfazione dei pazienti.

Si avverte dunque il bisogno di riconoscere i limiti del ruolo della medicina e l'importanza di costruire dei legami di natura diversa per cambiare la cornice sociale degli incontri tra medico e paziente.

“È quindi evidente che la *non-compliance* è una componente strutturale implicita del sistema di cura contemporaneo, fortemente centrato sulla figura del medico. È inoltre necessario capire cosa significa per i pazienti essere malati” (Marks et al., pag. 299).

Implicitamente accanto al concetto di *compliance* vi è quello di *empowerment* che consiste nella capacità di aumentare la propria autonomia e autocontrollo. Rapaport (1987) lo definisce come un processo per mezzo del quale le persone guadagnano il controllo della loro vita aumentando la comprensione di sé e potenziando la cura di se stessi. Nell'ambito della psicologia della salute il focus di questo approccio è centrato sull'accrescimento delle proprie forze e sul potenziamento della consapevolezza dei pazienti. È importante, dunque, che i medici, attraverso il dialogo, cerchino di comprendere i bisogni dei pazienti, le loro credenze e rappresentazioni dando loro la possibilità di raccontare la propria storia per poi riscriverla insieme dirigendosi verso un sentiero che porti una maggior conoscenza di sé, consapevolezza e benessere. Resta aperta la questione di quanto per ora ciò sia praticato dal momento che tutt'oggi la medicina mantiene una posizione di potere e di controllo nella società.

Promozione della salute e prevenzione

La promozione alla salute riguarda ogni evento, processo o attività che proteggono o migliorano lo stato di salute degli individui, dei gruppi, delle comunità o delle popolazioni. L'obiettivo è quello di prolungare la vita e di migliorarne la qualità; tutto questo è possibile attraverso attività di prevenzione o di riduzione delle conseguenze negative dovute a danneggiamenti fisici e/o mentali che colpiscono direttamente o indirettamente gli individui.

La promozione della salute riguarda sia interventi sul contesto ambientale che interventi comportamentali. Gli interventi di primo tipo possono riguardare la costruzione di strutture (come per esempio recinti che proteggano da luoghi pericolosi), la promozione di leggi che salvaguardino da calamità naturali o la produzione di cose vantaggiose (come, per esempio, cibi genuini). Gli "eco-psicologi" o alcune organizzazioni come Greenpeace promuovono il benessere e lo sviluppo ambientale sostenibile; cioè quello sviluppo che soddisfa i bisogni del presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare i propri.

Gli interventi comportamentali, invece, riguardano soprattutto le conseguenze delle azioni degli individui; inoltre, recentemente, questo tipo di promozione della salute si è focalizzato sul concetto di *empowerment* che consiste nel processo attraverso il quale le persone aumentano il controllo sulle loro potenzialità fisiche, sociali e interne. Questi interventi includono anche la consapevolezza e conoscenza dei rischi di salute e delle *social skills*.

Esistono tre approcci secondo cui è possibile descrivere la promozione alla salute: il *behaviour change approach*, il *self-empowerment approach* e il *collective action approach*.

L'assunto di base del *behaviour change approach* è che le persone sono *rational decision-makers*, di conseguenza le loro azioni sono guidate dai pensieri; l'obiettivo, quindi, è quello di portare un cambiamento nei comportamenti attraverso un cambiamento nelle credenze e convinzioni delle persone; secondo tale modello, definito *social cognition*, questo è possibile aumentando le conoscenze degli individui circa le

cause della salute e della malattia. La promozione della salute è dunque sinonimo di educazione alla salute e tiene presente la relazione tra conoscenze, atteggiamenti e intenzioni ad agire in un determinato modo.

Per esempio, se si considera come il fumare sia guidato dal *health belief model* la decisione di smettere o meno prevede la considerazione della possibilità di ammalarsi di cancro con maggiori probabilità rispetto a un non fumatore, la valutazione dei benefici dati dallo smettere di fumare, le conseguenze potenzialmente negative del fumo.

In realtà l'*health belief model* ha un successo marginale nel predire i comportamenti di salute. Secondo altri modelli come la teoria dell'azione ragionata (Fishbein e Ajzen, 1975) e la teoria del comportamento pianificato (Ajzen, 1985), il comportamento è dato dai personali atteggiamenti e credenze e da ciò che un individuo ritiene che gli altri pensano che dovrebbe fare; la combinazione di queste variabili è usata per predire il comportamento o meglio l'intenzione di comportarsi in un certo modo.

Le teorie che gravitano attorno al modello della *social cognition* presentano alcune debolezze; innanzi tutto tale modello di riferimento descrive solo come la cognizione determini il comportamento, tralasciando le emozioni e i diretti effetti degli impulsi; inoltre ritiene che siano le stesse variabili ad essere rilevanti per diversi gruppi di persone e che le stesse variabili portino a differenti comportamenti di salute. Tale modello, poi, considera solo le rappresentazioni mentali socialmente condivise e non prende in considerazione i diretti effetti di fattori materiali, fisici o sociali.

Il secondo approccio è definito *self-empowerment* il cui obiettivo è quello di rendere le persone capaci di compiere delle *scelte sane* attraverso tecniche di apprendimento partecipativo, gruppi di lavoro, *problem solving*, *counselling* centrato sul cliente, *training* di assertività, *social skills training*, *educational drama*; mira, dunque, a potenziare il controllo delle persone sul proprio ambiente fisico, sociale e psicologico dal momento che il potere è ritenuto una risorsa universale che può essere canalizzata e mobilitata da tutti gli individui.

Anche questo modello, però, non è esente da critiche; innanzi tutto perché ritiene che le scelte razionali siano sinonimo di scelte di salute; alcune persone, per esempio, assumono comportamenti rischiosi volontariamente e consapevolmente come le madri che si rifiutano di vaccinare i figli perché lo considerano pericoloso o inutile oppure alcuni omosessuali che praticano sesso non protetto per massimizzare il loro piacere. Secondariamente le *self-empowerment techniques* danno troppa fiducia alla simulazione; per esempio, sia i *training* di assertività che di *skills* sono praticati in ambienti protetti e artificiali e non è detto che ciò che si apprende sia così facilmente trasferibile nella vita reale. Infine questo paradigma non ha un adeguato concetto di potere (Homans and Aggleton, 1988) poiché assume che esso sia una risorsa in possesso di tutti gli individui e che può essere attivato attraverso *empowerment techniques*; in realtà il focus attentivo non va puntato soltanto sull'individuo e sulle sue forze, ma anche sul potere della società e sui suoi vincoli.

Infine il terzo approccio è chiamato *collective action* poiché mira a migliorare la salute indirizzandosi verso le cause socio-economiche e contestuali che portano alla malattia attraverso l'individuazione dell'organizzazione e del comportamento che la collettività mette in atto al fine di modificare il proprio ambiente fisico, sociale ed economico.

L'assunto di base è che le comunità di individui sono in stretta relazione con il loro contesto sociale e materiale e, di conseguenza, distribuiscono i loro interessi in modo da permettere l'azione dell'intera comunità e favorirne il cambiamento.

Ne deriva che il *self-empowerment* fa parte del processo che guida l'azione sociale che culmina nell'abilità di compiere azioni collettive, pur non essendone la pre-condizione ma la conseguenza.

È chiaro che il *collective action approach* è profondamente politico, poiché coinvolge direttamente nella struttura e nell'organizzazione della comunità anche coloro che tradizionalmente sono esclusi dai *decision-making processes* e dall'attiva richiesta di potere associata alla relazione tra salute e malattia.

Come risultato, le iniziative che adottano questo approccio, e che promuovono la salute, rischiano di entrare in conflitto con il potere dell'opposizione come con il governo o più semplicemente con i datori di lavoro, magari per mancanza di fondi o finanziamenti. In più c'è il pericolo dell'arrampicamento sociale (Homans e Aggleton, 1988) poiché coloro che sono coinvolti in determinate iniziative rischiano di allontanarsi dalle proprie radici e da ciò che essi rappresentano nella ricerca del successo personale.

Com'è possibile allora valutare le iniziative che promuovono la salute?. Prima di tutto occorre comprendere le conseguenze, cioè i cambiamenti portati dagli interventi di salute che vanno focalizzati su un *range* di criteri differenti che si giocano a livello comportamentale, cognitivo e fisico, e i processi, cioè il modo in cui tali interventi hanno lavorato. Inoltre ogni valutazione deve essere appropriata al tipo di intervento messo in atto.

Le ragioni che portano alla necessità di effettuare sistematiche valutazioni sono in prima istanza etiche; infatti interventi poco efficaci o controproducenti non devono essere replicati. Gli assunti di base per ogni intervento di promozione alla salute sono: primo una buona salute deve essere un obiettivo universale per tutti, secondo che deve essere condiviso il significato di salute, terzo che ci deve essere un consenso scientifico riguardo alla definizione di quali comportamenti portano a una buona salute. Secondo questa prospettiva l'unica reale richiesta nei confronti degli esperti è quella di trovare una via efficace per aiutare le persone a massimizzare la propria salute. Comunque anche questo modello non è esente da critiche; Evans (1988) afferma che tale ideologia di *health promotion* può ridurre la spontaneità e la libertà degli individui portandoli verso atteggiamenti ipocondriaci che limitano la qualità della vita, come un'eccessiva preoccupazione per l'esercizio fisico o per il cibo.

Alcuni nodi critici della psicologia della salute

Al lettore sarà già chiaro che la psicologia della salute agisce entro una tradizione i cui confini, benché tuttora delineati in modo non definitivo, sono fundamentalmente riferiti ad un paradigma che si sta costituendo attorno al modello bio-psico-sociale. L'assunzione di un ottica sistemica, evolutiva e, in taluni casi, costruttivista, ne costituiscono punti di forza molto significativi, a cui si deve certamente almeno in parte attribuire la diffusione che la psicologia della salute sta ottenendo a livello internazionale tra gli psicologi e il prestigio crescente di cui gode più in generale nella comunità scientifica. Ciò non la mette peraltro al riparo da problemi e nodi critici che sono, probabilmente, inevitabili per chi voglia cimentarsi con un oggetto così complesso e, per molti aspetti, indecifrabile come la salute. In questo paragrafo cercherò di evidenziare alcuni di questi nodi, anche per facilitare nel lettore la costruzione di una mappa concettuale complessa e aperta delle linee di sviluppo della psicologia della salute a cui possano essere più agevolmente riferiti i contributi e gli spunti critici del presente volume.

La relazione tra soggettivazione e razionalizzazione: la salute come dimensione irriducibile alla sola dimensione oggettivo-nomotetica

La complessità del modello bio-psico-sociale, lascia aperto uno spazio o una "zona d'ombra" che non può, nonostante alcune convergenze superficiali, rendere conto interamente di quanto H.G. Gadamer suggerisce, e cioè che la salute "non è un sentirsi, ma un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme ad altri uomini ed essere occupati attivamente e positivamente dai compiti particolari della vita". Infatti per Gadamer la salute "rappresenta uno stato di intrinseca adeguatezza e di accordo con se stessi che non può essere superato da nessun altro tipo di controllo" e ciò sembra respingere ogni riducibilità di questo versante della salute ai processi di oggettivazione.

Sarebbe nondimeno imprudente pensare che l'irriducibilità di tali dimensioni rinvii inevitabilmente ad una sorta di dualismo (di tipo ontologico o di proprietà), quanto piuttosto a quella forma di dualismo semantico che Ricoeur riconosce tra i discorsi sul corpo e quelli sulla mente, pur nell'inscindibilità ontologica di mente e corpo, o alla reciproca irriducibilità, sostenuta da Searle, delle esperienze soggettive in prima persona e dei fenomeni oggettivi in terza persona. Né tale irriducibilità comporta esclusione o incompatibilità. Nell'esperienza comune la dimensione oggettiva-nomotetica fa sovente irruzione nella definizione del "senso" di adeguatezza, così come una dimensione soggettiva di intrinseca adeguatezza (o inadeguatezza) dà "senso" alla varietà delle relazioni "oggettive". E se ciò trova evidente applicazione quando è la malattia più che la salute che "ci viene incontro" e che "ci invade", al contrario lo stato di "benessere" in una esclusiva autoreferenzialità soggettiva può facilmente ripiegarsi nella dimensione sincronica, talvolta illusoria ed effimera.

Proprio perciò queste due “polarità” costituiscono forse due codici diversi che, pur non parlando tra loro e non comprendendosi, tuttavia per certi versi alludono l’uno all’altro. Ciò che non può essere ricongiunto entro un discorso (fino a che almeno non avremo a disposizione il terzo linguaggio a cui allude Ricoeur nel suo dialogo con Changeux) può tuttavia integrarsi nell’azione, nella prassi. Se per qualche tratto tale possibile ricongiunzione si intravede nei concetti gadameriani di cura e di dialogo, certamente la domanda cui alludono la polarità oggettiva e l’esperienza soggettiva della salute trova un ambito di espressione anche nei processi di “formazione” in cui i due codici diversi “dicono” delle potenzialità di interconnettersi nella costruzione di una biografia.

Il problema dunque non può essere colto solo nella giustapposizione delle parti o nell’introduzione di nuovi aspetti capaci di specificare la “condizione di salute” (come nell’ICIDH-2) se ciò continua ad agire nel quadro di un linguaggio in terza persona. Infatti non è aggiungendo dimensioni che si può entrare in contatto col soggetto. In questo modo si riesce al massimo a delimitare e a descrivere il suo campo d’azione, cosa importante, ma certamente non sufficiente, quando occorre invece, per così dire, entrare in contatto “in presa diretta” con la soggettività.

Sadi Marhaba (1999) individua quattro chiavi concettuali che devono essere considerate per affrontare la questione della soggettività e del benessere:

“ Prima chiave: la soggettività include i valori

Seconda chiave: la soggettività è rilevante di per sé, non in funzione del metodo con cui viene studiata. Pertanto, è rilevante anche e soprattutto la soggettività “complessa” e “diversa”

Terza chiave: inscindibilità tra la “teoria” e la “pratica”

Quarta chiave: la consapevolezza delle particolari difficoltà e contraddizioni implicite nello studio empirico-scientifico della “vera” soggettività” (Marhaba, 1999, pag5-6)

Penso che la psicologia della salute debba crescentemente interrogarsi su queste chiavi che, per il momento, sono ancora collocate, per così dire, lungo la sua linea di orizzonte.

La dimensione di "senso" come orizzonte dell'agire dello psicologo affiancato alla necessità di circoscrivere quello stesso agire entro confini pragmatici

Nella sua tradizione recente, la Psicologia della salute è sembrata privilegiare un atteggiamento pragmatico, concretamente orientato a promuovere cambiamenti nei comportamenti di salute, nella gestione delle malattie e a favorire le relazioni tra la persona e i sistemi sanitari nelle sue diverse articolazioni. Questa angolatura le ha consentito certamente di intercettare alcuni aspetti importanti che caratterizzano i problemi della salute nella realtà quotidiana e costituisce, in un certo senso, un patrimonio che non deve essere disperso con leggerezza. Tuttavia è proprio la complessità con cui la salute si presenta “nel mondo reale” che non si lascia interamente confinare entro risposte prevalentemente orientate alla dimensione comportamentale. La salute corre infatti lungo la linea di senso dell’esperienza personale e sociale e non solo in quella

delle determinazioni normative, anche quando queste siano articolate in dimensioni multiple.

Per cogliere questa prospettiva, allora, occorre probabilmente entrare in contatto con gli usi multipli della salute come costrutto sociale e con la dinamica evolutiva nella costruzione della rappresentazione della salute

Una linea molto promettente in questa direzione è certamente costituita dalla **teoria delle rappresentazioni sociali** (Moscovici, 1961; Herzlich, 1969, 1991, Farr e Moscovici, 1984, Jodelet, 1989). La comprensione che le persone hanno di se stesse e del mondo ha una natura sociale e collettiva che può essere studiata nella forme delle “rappresentazioni sociali”, vale a dire nelle concezioni condivise e nelle teorie ingenue che organizzano la percezione del mondo e costituiscono un codice collettivo per la comunicazione sociale. Le rappresentazioni sociali sono costrutti collettivi che vengono elaborati socialmente allo scopo di dare un senso all’esperienza. In questa linea di ricerca, la salute e la malattia costituiscono un centro di interesse fortemente significativo. La loro “spiegazione sociale” mette infatti in luce come esse costituiscano l’oggetto di un discorso collettivo che cerca di dare senso all’esperienza personale. La malattia, come componente del discorso, diviene allora un “significante” che rinvia al rapporto tra individuo e ordine sociale, ad interrogativi sulla persona, la sua posizione e il suo entourage sociale, che oltrepassano la diagnosi medica e la menomazione corporea. Un aspetto particolare dello studio delle rappresentazioni sociali della salute e della malattia riguarda il modo in cui esse si differenziano ed entrano in rapporto col la medicina, intesa come organizzazione sociale di una professione. Negli ultimi anni il valore sociale della salute è aumentato, costituendo un costrutto assai prossimo alla felicità, da un lato, e a un dovere sociale, dall’altro. Contemporaneamente la malattia si rende concepibile ormai quasi esclusivamente nel rapporto con la medicina, a cui è richiesto, da un lato, una grande sofisticazione negli apparati istituzionali di intervento e di cura, ma alla quale, d’altro lato, viene contemporaneamente contrapposto il valore della volontà di guarire come una determinante della salute, che può trovare maggiore accoglienza e rispecchiarsi nel crescente prestigio delle cure cosiddette alternative e delle medicine orientali.

Naturalmente, la via privilegiata per entrare in contatto con il modo in cui le persone e i gruppi sociali affrontano le dimensioni della salute è senza dubbio il **linguaggio**. Una serie di problemi si pongono quando si cerchi di entrare in contatto con la salute attraverso il linguaggio. Demazière e Dubar (1997) ritengono che gli approcci delle scienze umane di fronte alla necessità di confrontarsi con le parole delle persone (per esempio attraverso le interviste biografiche) possano essere ridotti essenzialmente a tre:

- Un atteggiamento illustrativo che “consiste nel fare un uso selettivo della parola delle persone al punto da asservirla alle esigenze della dimostrazione condotta dal ricercatore”. Questo atteggiamento è comune a chi affronta la parola dei soggetti con un orientamento quantitativo e di analisi causale e si può avvalere indifferentemente di questionari, di interviste semistrutturate, di analisi di resoconti liberi. Questi vengono processati in genere mediante modelli di “analisi del contenuto” in cui il discorso è “passato al tritatutto” e “la parola della persona è così frammentata in funzione delle categorie che fanno comodo al ricercatore, e indipendentemente dal modo in cui le persone verbalizzano i loro discorsi”.

- Un atteggiamento restitutivo, praticato ad esempio dalla etnometodologia (Garfinkel, 1967), rovescia la problematica in senso iperempirista, per cui “la parola delle persone è considerata trasparente”, e soggettivista, nel senso che “il soggetto individuale è il vero attore del sociale, produttore dei suoi comportamenti, e soprattutto pienamente in grado di fornirne le «buone ragioni». Il suo discorso è allora considerato un’espressione trasparente delle sue pratiche: chiarisce le attività che ha effettuato, offre i significati delle sue azioni”. Compito del ricercatore è quello di raccogliere e “restituire” i resoconti che i membri di una collettività effettuano costantemente nel corso delle loro azioni, nello sforzo di “rendere conto” di ciò che essi fanno entro una società, un’organizzazione o un gruppo. Tali resoconti sono le condizioni di ogni efficacia dell’azione collettiva. La restituzione non ha il compito di ricondurre la parola delle persone a proposizioni generali, ma piuttosto di riconoscere l’indissociabilità del sapere sociale dai contesti e dalla particolarità delle situazioni in cui è applicato praticamente. Il ricercatore deve limitarsi a mettere in relazione le parole raccolte, i turni di parola, le tracce di interazione (comprese quelle non verbali). Deve cogliere le categorizzazioni in situazione, delineare la coordinazione e il concatenamento delle azioni, descrivere i risultati pratici dell’interazione dinamica. Così facendo il ricercatore “si sforza di farsi dimenticare”: egli non deve, per quanto possibile, utilizzare mediazioni teoriche precostituite, premunendosi “contro ogni oggettivazione abusiva” e lasciando, alla fine, al lettore la responsabilità di “comprendere, cioè prendere le persone così come sono”.

- I ricercatori che “non si accontentano di illustrare teorie preesistenti attraverso citazioni decontestualizzate né di restituire interviste trascritte lasciando al lettore il compito di ricavarne qualche cosa” si rivolgono invece ad un atteggiamento analitico, che “cerca di produrre metodicamente senso a partire dall’utilizzo di interviste di ricerca”. Anch’essi partono dalla parola comune e sono orientati ad “analizzare per comprendere”. Dicono Demazière e Dubar: “Se si postula che qualunque parola e qualunque testo costituiscano delle «reti di relazione attraverso cui si realizza l’attività significativa» (Cassirer, 1923), bisogna entrare in queste reti, tentare di sgrovigliarne i fili, effettuare la stessa attività significativa che effettua il soggetto stesso. L’obiettivo principale - ma non unico - è reperire, seguire, individuare e tentare di riprodurre quel lavoro di categorizzazione di cui abbiamo postulato l’esistenza nelle interviste di ricerca fondate sull’instaurazione di un clima di fiducia che è anche un «contratto di parola» (Martin, 1987). Individuare, seguire e cercare di sciogliere quei «giochi linguistici» (Wittgenstein, 1953) attraverso i quali si costituisce una stabilizzazione provvisoria e contingente di un ordine categoriale. Reperire le identificazioni e le differenziazioni, le disgiunzioni e congiunzioni che strutturano l’attività significativa. Trovare le parole chiave attorno a cui si dispiegano i dispositivi di categorizzazione. Seguire il processo dell’attività significativa nell’interazione verbale e non verbale con il ricercatore” (pag. 42)

Tuttavia, questo sforzo di riacquisire un contatto diretto col senso, anche attraverso l’incorporazione della parola dell’osservatore nel resoconto, forse può non essere del tutto sufficiente a colmare una distanza che rappresenta un orizzonte e un nodo critico per le scienze umane, prima ancora che per la psicologia: la distanza tra la faccia soggettiva del Sé, quella dell’Io, e la sua faccia oggettivata, quella del Me.

“L’articolazione dei due tipi di lavoro sul Sé resta teoricamente possibile, ma praticamente limitata dall’assenza di un dispositivo adeguato” (pag. 36)

Il dibattito tra ricerca quantitativa e qualitativa

La questione del linguaggio rinvia, per alcuni aspetti, alla discussione sui metodi di ricerca quantitativi e qualitativi. Mano a mano che la psicologia della salute introduce nella propria identità tratti costruttivisti, inevitabilmente pone a se stessa il compito di trattare con dimensioni di ricerca più vicine alla qualità che alla quantità. In questo senso, la ricerca sulla salute e sul benessere fa sempre più frequentemente uso di modelli qualitativi, come le *grounded theories* (Cahmberlain, 1999), l’ *action research* (Curtis, Bryce & Treloar, 1999), la *interpretative phenomenological analysis* (Smith, Jarman & Osborn, 1999) che si affiancano a strumenti più consolidati, come i *focus groups*, le interviste, le storie di vita (Cicognani e Zani, 1999; Smorti, 1994).

Il problema della “irruzione del qualitativo” in psicologia della salute deve tuttavia essere diviso in due dimensioni distinte.

La prima dimensione, più debole, si riferisce alle opzioni metodologiche delle strategie di raccolta dei dati. In questa dimensione i modelli qualitativi rispondono ad una esigenza di rendere più ricco di significato il quadro fenomenologico, laddove la ricerca quantitativa ambisce soprattutto a restituire un quadro di relazioni causali o di relazioni tra variabili dotate di un grado sufficiente di attendibilità e generalizzabilità. Sotto questo profilo, la questione dell’adozione di metodi quantitativi e qualitativi non si pone in modo drammatico quando si tratti di scegliere strategie di valutazione in un quadro metodologicamente definito. Ad esempio il modello Precede-Procede (Green e Kreuter, 1999) si avvale indifferentemente di metodologie di analisi quantitativa e qualitativa, dosandoli in rapporto alle strategie di valutazione di processo, di impatto e di outcome adottate. La scelta degli strumenti di raccolta, analisi e interpretazione dei dati, in sostanza, dipende dal tipo di domande che ci si pone, dalla fase del modello e dagli obiettivi della valutazione.

In molti casi, tuttavia, la ricerca e l’intervento sulla salute e sul benessere evidenziano la presenza di ragioni che rafforzano la necessità di un approccio di tipo qualitativo, come ad esempio:

l’indistinguibilità tra processo e prodotto

l’intreccio evidente tra contesto e soggetto

la sovrapposibilità tra il piano dell’intervento e quello della promozione alla partecipazione

Per queste ragioni il processo, se si vuole, finisce con l’essere molto più importante degli esiti, soprattutto se questi sono apprezzati solo in termini di scostamenti delle medie. Molte linee di cambiamento si rendono percepibili o si nascondono nelle “pieghe della tendenza centrale” e, di nuovo, molti cambiamenti si avvertono in primo luogo sul versante della soggettività.

La ricerca qualitativa si pone in tal modo di fronte alla psicologia della salute anche in un secondo e più forte insieme di questioni di carattere epistemologico. Su questi insistono soprattutto Murray e Chamberlain (1999) e Lyons (1999). Il superamento di un paradigma

positivista in psicologia della salute comporta alcune nuove dimensioni di ricerca in cui vengono messi progressivamente in crisi i tradizionali criteri di validazione, quali la reliability, la validità e la generalizzabilità che devono essere rivisitati alla luce di nuove assunzioni epistemologiche, come ad esempio, la credibilità la *dependability*, la trasferibilità o confermabilità (Denzin e Lincoln, 1994) in un paradigma critico, o come la *trustworthiness* o la autenticità in un paradigma costruttivista (Guba e Lincoln, 1994) e così via. Contemporaneamente viene enfatizzata l'idea che la "realtà" possa essere vista in modo più appropriato come prodotto dell'interazione tra ricercatore e soggetto della ricerca, i quali non sono, né potrebbero essere scervi da valori che orientano la costruzione delle aspettative e delle azioni che sono oggetto della ricerca. Si evidenzia, in tal modo, una crescente importanza del linguaggio nel dare forma o addirittura nella costruzione della realtà (Gergen, 1985).

La ricerca qualitativa sembra, insomma, costituire una opzione metodologica appropriata ad una sfida al positivismo portata anche in psicologia della salute dagli approcci critici e costruttivisti. Su questo terreno, peraltro, occorre procedere con grande cautela. Le questioni metodologiche ed epistemologiche di fondo potrebbero addirittura essere oscurate, piuttosto che chiarite, insistendo eccessivamente sull'opposizione tra ricerca qualitativa e ricerca quantitativa (Kincheloe e McLaren, 1994; Armellini, 1999; Marhaba, 1999). Essa può essere giudicata "una distinzione pacificante che assegna a ognuno dei due campi la sua parte ed evita discussioni", col risultato di separare nettamente chi agisce nell'uno o nell'altro campo, quando invece la ricerca del significato ha proprio il compito di "cercare di comprendere ciò che le persone *vogliono dire*. La correttezza degli strumenti dipende dalla coerenza con questo obiettivo e non dall'usare o meno i numeri (Lamiell, 1995; Kelly, 1975)" (Armellini, 1999, pag. 25-26). Anche Marhaba (1999) sottolinea "la sterilità del loro scontro in rapporto a un problema, quello della soggettività "vera", che, per complessità, li trascende entrambi seppur, forse, in misura diversa" (pag. 7).

Il carattere autopoietico delle identità professionali, in cui ciascuno è chiamato a stabilire il confine tra autoreferenza e eteroreferenza), contrapposto alla necessità di dialogo inter- e trans-disciplinare.

Come dicono Murray & Chamberlain (1999), uno dei problemi della psicologia della salute può essere rintracciato nella sua persistente prossimità pratica con il modello biomedico

"La Psicologia della salute ha ampiamente adottato un atteggiamento accomodante riguardo alla biomedicina piuttosto che uno seriamente critico della legittimità del modello biomedico. Il modo più facile di far questo fu di introdurre una nuova dimensione psicologica nel framework biomedico di base, lasciandone tuttavia immodificata la costruzione sotto ogni altro aspetto. Questo accomodamento si è concretizzato in uno slittamento da un modello biomedico a un più ampio modello biopsicosociale. Comunque Odgen (1987) ha esaminato questa supposta sfida alla biomedicina, giudicandola più retorica che reale. Ella sostiene che, a dispetto di una retorica che proclama il contrario,

la pratica della psicologia della salute continua a privilegiare l'eziologia biomedica sulla causalità psicologica, è funzionale al mantenimento di una separazione e interazione tra mente e corpo piuttosto che alla visione di un individuo integrato, e mantiene la separatezza tra la corporeità e gli aspetti sociali. La biomedicina moderna indirizza il proprio sguardo verso il corpo dell'individuo (Foucault, 1973) e la psicologia della salute ha semplicemente esteso lo sguardo, in modo da includervi la mente, definita in termini di variabili psicologiche, spesso ignorando i processi sociali o "controllandoli" in analisi statistiche finalizzate a produrre leggi generali" (pag. 5)

Questo panorama, forse eccessivamente desolato, della psicologia della salute è probabilmente in buona parte superato, almeno nella tradizione nascente della psicologia della salute nel nostro Paese (come anche questo volume intende testimoniare). Esso è comunque fortemente rappresentativo del senso di scoramento e talora di sconcerto che coglie chi volesse cercare tracce della complessità della salute nella maggior parte dei manuali di Health Psychology di tradizione anglosassone. Inoltre la citazione ha il pregio di porre, per così dire, il dito direttamente nella piaga della relazione tra psicologia della salute e medicina

Nel suo lavoro introduttivo, Majani sostiene la psicologia possa accettare, senza complessi di inferiorità, una posizione ancillare rispetto alla medicina nella gestione dei problemi di salute entro il servizio sanitario.

"Alla fine, tra alterne vicende, abbiamo conquistato una professionalità dai contorni netti, che ci conferma come psicologi ma che ci identifica come psicologi della salute, e che ci permette di interfacciarci con le altre figure sanitarie nel mondo medico portando un contributo specialistico all'assistenza e alla ricerca" (Majani, 1999, pag. 18); e tuttavia, "è certo che in ospedale la psicologia è una disciplina ancillare, come la bioingegneria o come la biologia. La sua funzione - sintetizzando al massimo - è quella di ottimizzare l'esercizio della medicina. Ma questo non toglie nulla al valore della disciplina in sé" (ibidem, pag. 121)

Anche se la non "ancillarità" della psicologia della salute alla medicina è, in effetti, una delle sue caratteristiche "protocollari" (Stone, 1987), è ovvio che nelle relazioni tra ambiti professionali le collaborazioni richiedano anche quadri di integrazione gerarchica che, tuttavia, vanno considerati non in astratte configurazioni di status professionale o istituzionale, ma in rapporto alla dimensione dei problemi e dei contesti in cui queste collaborazioni si realizzano. In questo senso, accettare una posizione subordinata non rappresenta naturalmente l'unica possibilità che si offre agli psicologi, anche entro il sistema sanitario. Nell'articolo di Giovanni Guerra, "Strategie di intervento psicologico nelle strutture sanitarie" vengono prese in considerazione altre strategie che possono essere considerate alternative: la strategia sostitutiva e la strategia consulenziale. In entrambe sono presenti problemi, sia pure di ordine diverso, ma in entrambe la presenza dello psicologo non è posta in discussione nella sua autonomia, sulla base della quale egli "da una parte può cercare di assumere un ruolo sostitutivo e, da un'altra parte, può cercare di favorire una riappropriazione delle competenze psicologiche da parte dei differenti ruoli professionali sanitari"

Un problema più delicato si pone rispetto a chi possa definire o al modo in cui possa essere caratterizzato il quadro dei bisogni, delle domande e delle operazioni con cui lo

psicologo della salute può avere a che fare nel quadro delle istituzioni sanitarie. Molto spesso i giovani psicologi si chiedono “come far capire” la specificità e l’utilità del proprio intervento, domandando implicitamente agli altri (i medici in primo luogo) di condividere e riconoscere la demarcazione della propria dimensione professionale. Questo pone, agli psicologi, un problema che, presto o tardi, riguarda tutti gli statuti deontologici: il fatto che le identità dei sistemi professionali si possono costituire solo autopoieticamente. Il problema ha molte analogie col modo in cui in un sistema si costituisce la distinzione tra autoreferenza ed eteroreferenza incorporata nel sistema. Secondo le tesi del costruttivismo operativo, tale distinzione non può essere collocata nell’ambiente del sistema, ma nel sistema stesso. La “realtà” di un sistema può essere quindi solo un correlato interno delle operazioni del sistema: in sostanza i sistemi producono la distinzione tra autoreferenza ed eteroreferenza e la incorporano nel sistema stesso (cfr. Luhman, 1996). Questo processo rende riconoscibile all’interno del sistema la capacità di collegamento delle operazioni e la continua produzione e riproduzione della differenza tra sistema e ambiente. “Questo avviene attraverso un codice binario che fissa un valore positivo e uno negativo, escludendo terze possibilità. Il valore positivo indica la capacità di collegamento delle operazioni nel sistema: ciò con cui si può intraprendere qualcosa. Il valore negativo serve solo a riflettere le condizioni alle quali si può impegnare il valore positivo.... Il confine *interno* del codice, che separa il valore positivo da quello negativo, non deve essere confuso con il confine *esterno*, che differenzia il sistema dal suo ambiente. In altri termini: la differenza del codice si colloca ortogonalmente rispetto alla differenza tra autoreferenza ed eteroreferenza.... Il codice è sufficiente per determinare quali operazioni appartengano al sistema e quali operazioni (codificate diversamente o non codificate affatto) appartengano all’ambiente. Il codice è dunque una distinzione che consente l’auto-osservazione sulla base della distinzione tra sistema e ambiente” (Luhman, 1996, pag. 33).

Tuttavia questa esigenza di autopoiesi dell’identità professionale anche dello psicologo della salute non comporta l’esclusione del riconoscimento della realtà e dell’importanza delle altre professioni sanitarie. Dal punto di vista del costruttivismo operativo tale riconoscimento non può che derivare da processi di “attribuzione di senso” in cui vengono risolte le incoerenze che, a questo proposito, possono risultare dalla partecipazione della memoria alle operazioni del sistema.

Vi sono ciò nonostante, agli occhi di un osservatore esterno, alcuni aspetti che rendono convergenti nelle diverse professioni questa operazione di risoluzione delle incoerenze tra operazioni e memoria. Mi riferisco, ad esempio, alla necessità di “comprendere” la complessità del soggetto a cui si prestano le operazioni di cura e di promozione della salute. Questo punto di convergenza consente innanzitutto di mettere in comune le rispettive incertezze sul piano del sapere e dell’agire. Su un’altra linea di pensiero, Gadamer ricorda che “all’inizio di ogni tentativo di comprensione c’è una situazione in cui si viene colpiti - come da una domanda, alla quale si deve rispondere, che getta nell’incertezza il sapere dell’interprete, chiedendogliene conto. Per rispondere chi è stato colpito comincia a sua volta a domandare” (Dutt, 1995, pag. 29).

Sia che lo consideriamo come “irritazione” di sistemi autopoietici, sia che lo consideriamo come punto di partenza di un processo ermeneutico, la presenza del

soggetto e della sua salute costituisce il vero punto di congiunzione delle diverse prospettive professionali sulla salute e rappresenta, in definitiva, il vero nodo critico della cosiddetta “interdisciplinarietà”, di un confronto che chiede una “fusione degli orizzonti di senso” in una nuova scienza della salute.

In definitiva la Psicologia della salute sembra muoversi lungo un crinale che difficilmente può chiudersi in un quadro definitorio univoco. L’opzione sistemica e costruttivista non impedisce, anzi per certi aspetti implica la necessità di mantenere aperte le vie della ricerca e del dubbio. L’incertezza è un tratto che probabilmente rimarrà in modo stabile a caratterizzare la prospettiva epistemologica. La concettualizzazione è da tempo emancipata dalla univocità della relazione tra segno e referente e anche il dibattito sulla “salute” deve riconoscere la dipendenza molto forte dai contesti in modi che la rendono irriducibile ad una definizione unitaria. Non c’è, nei modi in cui si parla della salute e nei modi in cui essa viene rappresentata socialmente, nulla di simile a quel filo unitario che, nella metafora di Wittgenstein (1953), inutilmente cercheremmo in una corda, laddove invece si potrà cogliere il molteplice intreccio di fibre diverse.

La prassi, oltre alla riflessione teorica, consente tuttavia di intravedere qualche via d’uscita dalle diverse impasse critiche. E’ la via che Gadamer sembra indicare e dalla quale non ci si deve, naturalmente attendere alcuna risposta in chiave teoretica, ma piuttosto la “soluzione” entro un raggio d’azione pratico di antinomie per le quali non abbiamo ancora disponibile un “terzo” linguaggio.

La prospettiva teorica può riprendere il cammino proprio a partire da questo punto, laddove l’azione consente di “oltrepassare” la distanza che il linguaggio non può annullare. Non per questo dovrà rinunciare a “prendere posizione”, anche se dovrà imparare a convivere con l’incertezza e col carattere provvisorio delle proprie sistemazioni.

La sfida biopsicosociale al modello biomedico

Se dunque, come si è forse potuto evidenziare nel precedente paragrafo, i principali punti di forza operazionali della psicologia della salute sembrano imporre uno sguardo più ampio rispetto alla primitiva impostazione legata alla social cognition, resta ancora da discutere se è realmente utilizzabile l'opposizione tra modello biomedico e cornice biopsicosociale.

Secondo Odgen (2002) sono tre le direzioni fondamentali in cui la psicologia della salute scende in campo nella sfida al modello biomedico e nella costruzione di una "nuova" visione biopsicosociale: le cause psicosociali della salute e della malattia, l'integrazione dell'individuo, lo studio degli outcomes non medici.

Cause psicosociali della salute e della malattia

Secondo il modello biomedico le cause della malattia sono da ricercarsi nei virus, nei batteri, nelle lesioni, ecc., secondo il modello biopsicosociale, invece, lo stato di salute è influenzato non solo da fattori biologici, ma anche dai valori condivisi della società, dalle rappresentazioni sociali che variano a seconda della classe sociale, del genere, dell'età.... Infatti è il come un individuo valuta un agente stressante che incide sulla salute. Considerare un fattore come potenzialmente o altamente stressante porta ad *outcomes* diversi e influenza i comportamenti di salute; alti livelli di stress sono per esempio correlati con il fumare, il bere, con un'alimentazione scorretta o con lo scarso esercizio fisico. McKeown (1979) afferma che le malattie del XX secolo sono principalmente causate dal comportamento degli individui e dal ruolo dell'ambiente sociale; dall'altro lato, però, il ruolo del supporto sociale è di fondamentale importanza nel sostegno e nel percorso di guarigione. L'enfasi data alle credenze, ai comportamenti e ai fattori sociali mira a sviluppare una via alternativa al modello biomedico per comprendere realmente le cause della malattia.

L'integrazione dell'individuo

La separazione tra mente e corpo e la corrispettiva scissione e iperspecializzazione in campo biomedico nello studio di queste due parti ha portato a una descrizione dicotomica dell'individuo. La psicologia della salute, invece, tende ad integrare la mente e il corpo in una visione olistica e totale della persona avvicinandosi alle problematiche avanzate per primo da Merleau-Ponty della "mentalizzazione del corpo" e della "incarnazione della mente" (P. Braibanti 2003). Centrale in questa prospettiva è l'analisi del dolore contrapposta alla visione biomedica che divide il dolore in quello organico (reale) e psicogenetico (che riguarda la mente). Secondo, invece, *the Gate Control Theory* (Melzack e Wall 1965-82) il dolore va concepito come una percezione e interpretazione degli individui e dipende dalla valutazione degli stimoli fisici; secondo questa prospettiva la mente e il corpo sono inscindibilmente legati. Questa integrazione è suggerita anche dai

modelli contemporanei dello *stress*; per esempio secondo la Teoria Transazionale (Lazarus 1975) lo *stress* è il risultato della valutazione e dell'adattamento agli agenti fisici; la mente e il corpo si trovano dunque integrati nella creazione e nel vissuto di un'esperienza stressante.

Studio degli outcomes non medici

Secondo la tradizione biomedica la valutazione degli *outcomes* di una malattia deve essere oggettivo e descritto usando termini medici; la *psicologia della salute*, invece, considera la necessità di una valutazione personale e soggettiva, focalizzato sullo stato di salute dell'individuo e sulla qualità della vita. In questa direzione la ricerca ha cominciato ad esaminare gli interventi di salute in base al livello di soddisfazione dichiarato dai pazienti, alla loro *compliance* (aderenza) (Lay, 1988) e al loro cambiamento comportamentale (Kaplan, 1990). Secondo Kaplan, in particolare, le conseguenze sulla salute sono date da quei comportamenti che portano ai massimi benefici di salute coi minimi costi. Per il modello biopsicosociale gli *outcomes* sono dunque definiti in modo integrato enfatizzando le cause psicosociali e la personale definizione delle conseguenze.

Nonostante l'impegno diretto sul fronte della lotta al modello biomedico e a dispetto di una consistente apertura sistemica, la caratterizzazione biopsicosociale della psicologia della salute non impedisce che siano in realtà rintracciabili evidenti linee di contiguità, che Odgen riassume nel seguente modo:

Accettazione, nella pratica, della centralità del modello biomedico nella spiegazione della salute e della malattia fisica.

Nelle correnti spiegazioni, “factor such as behaviours, belief and stressors are not presented as alternatives, but as facilitating existing medical causes” (Odgen, 2002, pag. 81). Lo sfondo delle spiegazioni, infatti resta comunque quello della causalità biologica, della quale le componenti psicosociali costituiscono fattori di mediazione e mantengono un carattere fortemente interveniente. A ciò contribuisce il fatto che il ricorso a variabili psicologiche e di personalità nella spiegazione dell'eziopatogenesi delle malattie è tuttora, come si è visto in precedenza, abbastanza poco chiaro e convincente.

Mantenimento del dualismo e mente-corpo

Molto spesso le principali affermazioni in psicologia della salute prevedono un'interazione, piuttosto che una vera integrazione delle categorie mente e corpo che sono considerate piuttosto come entità separate che come espressione di una visione olistica dell'uomo. Questa concezione non viene ricondotta da Odgen ai termini del dualismo cartesiano, ma rivisitata alla luce dell'interpretazione di Foucault (1973). Secondo il filosofo francese, alla costruzione da parte della medicina, nel corso del

diciannovesimo secolo, di un “corpo” fisico del tutto inedito nella precedente tradizione culturale e nel senso comune, corrisponde, alla fine dello stesso secolo, la costruzione da parte della nascente psicologia di una concezione di una mente da analizzare, esaminare e descrivere in modo del tutto parallelo. Quindi la psicologia descrive il proprio oggetto, la mente, come separata e distinta dall’oggetto della medicina, il corpo, ed è essa stessa all’origine del problema che ora si prefigge di risolvere (cfr. Odgen, 2002, pag. 82). Come avremo modo di dire in seguito, stante questa interpretazione, la psicologia ha piuttosto bisogno di riguadagnare una diversa concezione della salute per poter agire una piena ricomposizione del dualismo mente corpo.

Costruzione di una mera riformulazione nella retorica psicosociale degli outcomes medici, non di una loro sostanziale trasformazione

Non v’è, in pratica, una chiara distinzione tra gli outcomes considerati dalla medicina e quelli richiamati dalla psicologia della salute. “Are the psychosocial outcomes of dysfunction, quality of life and subjective status different from medically defined morbidity? Are patient compliance and satisfaction a departure from a focus on the value on medical information and medical authority? And are behaviour changes such as smoking cessation and dietary improvements distinct from medical mediators of longevity?” (Odgen, 2002, pag. 83)

Ciò in realtà contribuisce a rafforzare la convinzione che il preteso nuovo modello si limiti ad aggiungere una dimensione psicosociale al modello biomedico, senza riuscire a scalarlo dalla sua posizione centrale nell’approccio alla salute e alla malattia. In realtà, il mondo medico è ampiamente consapevole della necessità di aprire la propria attenzione alle componenti psicosociali. Un esempio clamoroso è la centralità dell’approccio biopsicosociale nella formulazione delle categorie diagnostiche del DSM IV. Forse ancor più chiaramente, la pratica medica avverte la necessità di prestare attenzione al benessere psicologico e sociale dei pazienti (Balint, 1964; Freeling, 1983, Pill and Stott, 1982, Odgen, 2002). Occorre dire che lo scontro tra modello bio-medico e bio-psico-sociale appartiene più alla retorica che alle concrete pratiche della medicina e della psicologia della salute dominante. Ciò nonostante la retorica di uno scontro tra modelli orienta e caratterizza la dialettica tra la biomedicina e gli approcci psicosociali alla salute, tiene aperte e definisce le aree di confine come aree di competizione interdisciplinare. Tuttavia, proprio per questo, il punto fondamentale è che la psicologia della salute fatica a svincolarsi da una accettazione del punto di vista della “patogenesi”, di una correlazione tra esperienza clinica e centralità della “lesione sotto la pelle” che caratterizza fortemente la visione classica della medicina (Armstrong, 2002).

A noi sembra che il punto vero di discussione non sia quindi nella natura della sfida del modello biomedico rispetto al modello biopsicosociale, ma piuttosto quella tra una prospettiva orientata alla salute ed una persistentemente ancorata alla patologia. In questo senso, al di là delle retoriche, occorre riproporre con forza la necessità pratica di lavorare per una visione della salute integrata e positiva, superando artificiose barriere e confini retorici.

“Nell’antica mitologia greca, come noto, Esculapio aveva due figlie: una si chiamava Igea e l’altra Panacea. Mentre quest’ultima rappresentava l’impegno continuo di ricerca e di “cura” nei confronti della malattia in tutte le sue forme, la prima era conosciuta come la dea della salute e della prevenzione. Anche nella storia millenaria della medicina, si riconosce quindi il volto della salute e non solo quello della patologia. Se è vero che il grande progresso della medicina di questi ultimi due secoli è caratterizzato dalla prevalenza di attenzione per la malattia, sarebbe un grave errore creare una sorta di divaricazione fra approccio medico e approccio psicologico, collocando il primo lungo il crinale patogenetico e il secondo in quello salutogenetico. Si tratta di due orientamenti assolutamente complementari nei quali si devono riconoscere pari responsabilità sia per lo psicologo che per il medico, anche se esercitate con diverse e specifiche competenze. Credo che sia legittimo attenderci oggi un passo visibile lungo la strada di Igea, anche da parte della medicina. L’attenzione della medicina è stata massivamente rivolta a capire come difendere il corpo e “restaurare” la norma dagli assalti dell’ambiente interno e esterno, mentre ben poco è stato fatto per salvaguardare e, meno ancora, per accrescere la “capacità di normatività” (Bertini, 2002, pag.).

Fattori psicosociali coinvolti nella cura

Benessere soggettivo e ben-essere psicologico

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948) ha definito la salute come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” e non solamente come l’assenza di disagio o di malattia. L’orientamento del modello malattia che ha prevalso fino ad ora è stato di considerare il benessere e il malessere come due fenomeni contrapposti. Bertini (2012) sottolinea l’importanza di analizzare la complessità dei fenomeni, auspicando l’abbandono di una visione bipolare per giungere a una concezione bivariata della salute. In particolare, la relativa indipendenza delle due dimensioni di salute e malattia “mette a fuoco il tema centrale della co-presenza di mal-essere/benessere e della loro possibile integrazione” (Bertini, 2012, 124).

Diversi autori, come Antonovsky (1987) e Ryff e Singer (1998), hanno criticato l’approccio tradizionale bio-medico proponendo rispettivamente il concetto di “salutogenesi”, che descrive uno stato di benessere e di salute caratterizzato dalla presenza di competenze, di risorse positive e di funzionamento ottimale a livello emotivo, cognitivo e comportamentale, e il concetto di “salute positiva”, che implica una visione globale dell’individuo e un’attenzione specifica per i meccanismi fisiologici che sottendono gli stati di benessere.

Negli ultimi anni numerose ricerche hanno evidenziato l’importanza di considerare il contributo del funzionamento psicologico e psicosociale dell’individuo sullo stato di salute. Si è visto come la demoralizzazione, lo stress, l’ansia, la depressione e altre condizioni di sofferenza possano influenzare e compromettere lo stato di salute, rappresentando fattori di rischio per lo sviluppo e l’esacerbazione di malattie fisiche (Glaser et al., 1999; Kiecolt-Glaser et al., 2002; Steptoe, 2006; Cohen et al., 2007; Chida

e Steptoe, 2010; Goldman-Mellor et al., 2010). La maggior parte di queste ricerche è partita dal presupposto che la presenza di benessere eserciti un ruolo positivo sulla salute fisica e mentale, indipendentemente dalle condizioni di disagio psicologico (Steptoe et al., 2009).

Le due grandi linee di ricerca riguardano il “benessere soggettivo”, in cui prevale l’orientamento allo studio di standard soggettivi del vissuto di “star bene” e il “ben-essere psicologico”, cioè “lo sforzo di individuare le dimensioni oggettive di quello che si potrebbe definire un buon funzionamento psicologico” (Bertini, 2012, 49). Secondo la prospettiva adottata da Bertini, è nel versante del ben-essere psicologico che si sta aprendo per la psicologia l’orizzonte verso la costruzione di una vera scienza del benessere.

Storicamente, le ricerche in questo campo si sono divise in due filoni contrapposti: edonico (Kahneman et al., 1999) ed eudaimonico (Waterman, 1993). L’edonico, con radici nella corrente filosofica epicurea, è centrato sullo studio scientifico del “benessere soggettivo” definito da una dimensione affettiva (presenza di emozioni positive e assenza di emozioni negative) e da una cognitiva (livello di soddisfazione di vita). Il secondo filone, eudaimonico, ispirato dalla filosofia aristotelica e dagli psicologi esistenzialisti e umanisti, utilizza il termine “benessere psicologico” per riferirsi principalmente all’autorealizzazione del proprio potenziale, alle risorse, ai sentimenti di espressività personale e alla costruzione di significati e alla condivisione di obiettivi (Ryff e Keyes, 1995). Il modello di benessere edonico proposto da Diener (1984) è stato definito “soggettivo”, proprio perché si focalizza sulla valutazione personale compiuta dall’individuo quando gli viene chiesto di giudicare la propria vita. Secondo Diener le persone valutano la propria esperienza non in base alle condizioni oggettive, ma in base alla percezione che hanno del proprio benessere.

Le componenti del “benessere soggettivo” sono essenzialmente due: una di tipo emotivo, che consiste nella presenza di affetti positivi (la componente sentimentale delle emozioni) e nell’assenza (o bassi livelli) di quelli negativi e una di tipo cognitivo, la soddisfazione di vita, che riflette la valutazione cognitiva compiuta dalla persona per giudicare quanto apprezzi la propria vita. Il concetto di “benessere soggettivo” è spesso impiegato in maniera interscambiabile con quello di “felicità”: massimizzare i livelli di benessere di una persona significa, in sostanza, promuoverne o incrementarne il grado di felicità, che aumenta tanto più gli affetti positivi superano quelli negativi (Ryan e Deci, 2001).

Per quanto riguarda il secondo filone di studi sul “funzionamento psicologico positivo” o “salute mentale positiva”, per lungo tempo ha prevalso una concezione del benessere come “assenza di sintomi di malessere” (valutata con gli strumenti che misuravano i sintomi di disagio, quali ad esempio, ansia e depressione). Si è ritenuto anche che l’esperienza emozionale a breve termine e i giudizi di soddisfazione fossero troppo restrittivi.

Uno dei limiti di questi costrutti è il fatto che non erano nati con lo scopo di definire la natura dell’esperienza ottimale, e pertanto mancavano di una teoria sottostante (Ryff, 1989).

Un contributo importante negli studi tassonomici del “ben-essere psicologico” riguarda il lavoro della psicologa americana Carol Ryff (1989). La cornice teorica di riferimento da lei proposta nasce da un’integrazione e da una sistematizzazione delle principali teorie che descrivevano, da punti di vista diversi ma a volte sovrapposti, tutti gli aspetti del funzionamento psicologico positivo. In particolare, le teorie da cui ha sviluppato il modello di benessere psicologico erano le seguenti: i criteri di “salute mentale positiva” proposti da Jahoda nel 1958 (nutrire atteggiamenti positivi verso se stessi, crescere, svilupparsi, mostrarsi autonomi, comprendere e gestire efficacemente il proprio contesto di vita, coltivare relazioni sociali soddisfacenti e sentirsi integrati), alcuni concetti della psicologia clinica (la “realizzazione del sé” proposta da Maslow nel 1968, il “processo di individuazione” identificato da Jung nel 1933, il “funzionamento completo della persona” sviluppato da Rogers nel 1961 e quello di “maturità” teorizzato da Allport nel 1961) e, infine, due modelli della psicologia dello sviluppo (il “modello di sviluppo psicosociale” di Erikson del 1959 e la “teoria sui cambiamenti della personalità durante l’età adulta e l’invecchiamento” di Neugarten del 1973).

Considerando questi diversi contributi teorici, Ryff ha proposto un modello multidimensionale del benessere che comprende sei componenti: autonomia, padronanza ambientale, crescita personale, relazioni positive con gli altri, scopo nella vita e autoaccettazione.

L’autonomia corrisponde all’autodeterminazione e all’indipendenza, alla capacità di giudicare le persone e le situazioni secondo standard personali; comporta la capacità di resistere alle pressioni sociali che spingono a pensare e ad agire in determinati modi e alla regolazione interna del comportamento.

La padronanza ambientale consiste nel possedere un senso di controllo del proprio ambiente, lavorativo, familiare e sociale; nel possedere un senso di competenza nel gestire l’ambiente, la capacità di cambiarlo, di coglierne le opportunità offerte e di scegliere o creare contesti adeguati per bisogni e valori personali.

La crescita personale implica sentimenti di continuo sviluppo della persona lungo le varie fasi della vita; comporta l’essere aperti a nuove esperienze ed essere in grado di affrontare le nuove situazioni che si presentano; avere la sensazione di realizzare le proprie potenzialità, vedere miglioramenti in se stessi e nel proprio comportamento che riflettono una maggiore conoscenza di sé ed efficacia; è, quindi, uno sviluppo continuo e creativo della propria personalità (autorealizzazione).

La dimensione delle relazioni positive con gli altri è universalmente riconosciuta come legata al benessere. Enfatizza l’importanza di relazioni interpersonali calorose, soddisfacenti e caratterizzate da fiducia ed empatia; corrisponde al mostrare interesse per il benessere altrui, all’essere capaci di empatia, affetto, intimità; e infine al comprendere la reciprocità propria delle relazioni umane.

Lo scopo di vita consiste nell’aver mete e obiettivi da raggiungere lungo tutto l’arco della vita; include un senso di direzionalità, la sensazione che la propria vita presente e passata abbia un significato, l’aver credenze che forniscano uno scopo alla vita. Comporta, quindi, l’integrazione delle diverse esperienze passate, anche negative, in una considerazione globale della vita come piena di significato e di direzionalità.

L'auto-accettazione include il senso di autostima e considerazione positiva di sé, pur riconoscendo e accettando le proprie qualità positive e negative; implica il sentirsi sicuri di se stessi, anche accettando le proprie debolezze, e l'aver sentimenti positivi verso la vita passata.

Queste sei dimensioni sembrano contribuire a promuovere la salute fisica ed emotiva, ed esercitano un "effetto tampone" nel far fronte allo stress e un impatto favorevole sul decorso delle malattie (Ryff & Singer, 1998). Pur non esente da critiche (Contrada, 1998), si tratta di un importante tentativo di individuare i contorni più specifici della "salute positiva".

Studi successivamente condotti hanno messo in luce differenze significative in alcune delle sei dimensioni, in relazione a sesso ed età. Per esempio è emerso che la crescita personale e lo scopo nella vita decrescono con l'aumentare dell'età, mentre la padronanza ambientale aumenta col passare degli anni. Le donne mostrano livelli più bassi di benessere rispetto agli uomini in tutte le dimensioni eccetto le relazioni positive con gli altri (Ryff, 1989; Ryff e Singer, 1996).

Il ben-essere psicologico assume un ruolo di fondamentale importanza in ambito clinico, costituendo un fattore protettivo in grado di innescare processi fisiologici a feed-back positivo che possono aumentare le difese immunitarie, favorire processi di guarigione e recupero, stimolare processi di crescita cellulare (Ryff et al., 2004; Ryff e Singer, 2002). Recenti studi hanno messo in luce il ruolo del ben-essere psicologico nell'influenzare la vulnerabilità individuale alla malattia e la qualità della vita e innescare circuiti positivi di protezione e potenziamento della salute.

Ryff e Singer (2002) in uno studio longitudinale hanno riscontrato che le persone, soprattutto le donne, con punteggi elevati in alcune delle dimensioni del ben-essere psicologico hanno valori inferiori di carico allostatico. Le donne con livelli più alti di "crescita personale" e di "autonomia" presentano, tuttavia, un maggiore carico allostatico. Sembra quindi che alcuni aspetti del benessere psicologico attivino una risposta fisiologica di stress, proprio perché per essere realizzati richiedono molto impegno e sforzo da parte dell'individuo. In questo studio italiano condotto da Ruini e colleghi (2003) le donne hanno mostrato livelli inferiori di benessere rispetto agli uomini e questa differenza appare più evidente nella validazione italiana delle PWB rispetto al campione americano. Rispetto all'età, sono stati riscontrati punteggi più elevati in tutte le dimensioni, tranne che nella padronanza ambientale, nel sottogruppo più giovane.

Strategie che favoriscano l'emergere del ben-essere psicologico potrebbero essere efficaci per migliorare la qualità della vita, lo stile di coping ed il supporto sociale, per contrastare il senso di demoralizzazione connesso a qualsiasi disturbo di natura cronica (Ruini e Fava, 2004).

Va doverosamente sottolineato come i pazienti ospedalizzati o con malattie croniche presentino, con tassi di prevalenza variabili un disturbo depressivo maggiore o minore. Queste condizioni, oltre ad avere un impatto negativo sulla qualità della vita, possono peggiorare la prognosi della malattia, indipendentemente da altri fattori di tipo medico. La presenza di depressione rappresenta dunque un fattore di rischio pari a quelli considerati tradizionalmente. Il modello malattia, che prevede interventi mirati esclusivamente a curare il disagio psicologico, può essere opportunamente affiancato in

contesti di cura alla promozione del benessere e alla costruzione della salute, quale compito altrettanto importante e imprescindibile, che potrebbe portare a risultati migliori nel tempo.

Supporto sociale

Numerosi studi hanno evidenziato che le variabili psicosociali possono concorrere all'insorgenza patologie e avere un'influenza sui percorsi di cura (Cohen e Herbert, 1996). Tra queste variabili una crescente attenzione è assegnata al supporto sociale sia intra che extra familiare (Cohen et al., 2000).

Il supporto sociale, oggetto di diverse descrizioni, è un concetto generale e complesso, difficilmente inquadrabile con un'unica definizione. Secondo Cobb (1976), il supporto sociale è determinato dalla presenza di informazioni che portano una persona a credere di essere desiderata e amata, apprezzata e tenuta in considerazione e/o di appartenere a una rete caratterizzata da comunicazione e impegno reciproci. Lin e colleghi (1979) lo definiscono come il supporto al quale un individuo può accedere attraverso i legami sociali con altri individui, gruppi e la comunità più ampia. Secondo Thoits (1982), il supporto sociale e il grado in cui i bisogni sociali di base di una persona (affetto, stima, approvazione, senso di appartenenza, identità e sicurezza) sono gratificati attraverso l'interazione con altre persone che forniscono aiuto emotivo o strumentale. Procidano e Heller (1983), sottolineando la centralità della percezione del ricevente, descrivono il supporto sociale come il grado in cui un individuo crede che i suoi bisogni di ricevere supporto, informazioni e feedback siano soddisfatti. Sandler e Barrera (1984) lo considerano un bisogno di base che le persone devono soddisfare per raggiungere il senso di benessere. Secondo Shumaker e Brownell (1984), il supporto sociale è caratterizzato dalla reciprocità tra chi lo fornisce e chi lo riceve: è uno scambio di risorse tra almeno due persone, con lo scopo di migliorare il benessere del ricevente. Cohen e colleghi (2000) lo identificano con le risorse sociali che le persone percepiscono come disponibili o che sono effettivamente loro fornite da altri e non per dovere professionale, nel contesto sia di gruppi formali sia di relazioni di aiuto informali.

Il supporto emotivo è la tipologia più studiata, ma sono state identificate anche altre forme di supporto, tra cui quello informativo, valutativo e strumentale. Sono state inoltre proposte le distinzioni tra supporto strutturale e funzionale e tra supporto effettivamente ricevuto e percepito come disponibile (Barrera, 1986; Gottlieb e Bergen, 2010).

Negli anni '70, studi scientifici hanno cominciato a documentare una correlazione significativa tra scarso supporto sociale e rischio di mortalità e morbilità, soprattutto per le malattie cardiovascolari e oncologiche (Cassel, 1976; Cobb, 1976). Queste prime evidenze hanno dato slancio a un numero crescente di ricerche sul valore predittivo del supporto sociale nell'esordio e nel decorso delle malattie medico-internistiche (Reblin e Uchino, 2008). È stato suggerito che il supporto sociale svolga un'azione protettiva sulla salute psicofisica delle persone sia in modo diretto sia con un effetto "tampone" nei confronti degli effetti negativi dello stress (Cohen e Wills, 1985).

Per esempio, un supporto sociale insufficiente e significativamente correlato a un aumentato rischio di sviluppare un disturbo coronarico e a una prognosi più sfavorevole nei coronaropatici e nei soggetti con scompenso cardiaco (Barth et al., 2010). Nella loro rassegna, Barth e colleghi (2010) hanno differenziato gli effetti del supporto funzionale e di quello strutturale sia nelle ricerche eziologiche sia in quelle prognostiche. In queste ultime hanno registrato la durata di sopravvivenza dei pazienti con infarto del miocardio o con diagnosi di coronaropatia per periodi di tempo che variano dai 6 mesi ai 14,5 anni (Barth et al., 2010). Uno scarso supporto funzionale si associa a una diminuita durata di sopravvivenza nei pazienti con disturbi cardiovascolari. Per quanto riguarda il supporto strutturale non è chiaro se esso sia nei cardiopatici un predittore indipendente di mortalità. Il supporto sociale contribuisce a fornire alle persone le risorse pratiche e emozionali di cui hanno bisogno per affrontare gli eventi di vita (Bertolotti, 1998).

a carenza di supporto sociale è inoltre significativamente correlata a una più veloce progressione dell'aterosclerosi coronarica nei pazienti cardiopatici (Angerer et al., 2000; Wang et al., 2005). Nello scompenso cardiaco la carenza di supporto e l'isolamento sociale sembrano predire un decorso clinico sfavorevole, caratterizzato da frequenti ospedalizzazioni e un aumentato rischio di mortalità e di eventi cardiovascolari (Vinson et al., 1990; Krumholz et al., 1998; Friedmann et al., 2006; Spaderna et al., 2010; Chung et al., 2011). Gli studi sull'ictus dimostrano che la presenza di un buon livello di funzionamento familiare è associato a un maggior mantenimento dei risultati a lungo termine e ad una più alta soddisfazione del paziente alla fine del periodo riabilitativo (Clark e Smith 1998). Il funzionamento familiare è risultato essere associato allo stile di vita e allo stato di salute raggiunti dai pazienti nei mesi successivi alla riabilitazione cardiologica (Clark e Smith, 1999; Reblin e Uchino, 2008). I familiari manifestano principalmente bisogni di informazione (condizioni del paziente, risorse disponibili e opzioni di trattamento), di rassicurazione e di accettazione (Hickey, 1990).

Nell'ambito della letteratura sui fattori familiari nelle malattie medico-internistiche, si individuano principalmente tre aree di ricerca che esaminano rispettivamente l'influenza dei fattori familiari sulla vulnerabilità alla malattia e sul trattamento, l'impatto e le conseguenze della malattia sulla famiglia e l'efficacia degli interventi familiari. La letteratura è ricca di ricerche che mettono in luce che le condizioni di salute fisica e mentale dei familiari di persone con patologie croniche sono altamente a rischio. Nel periodo immediatamente successivo alla dimissione dall'ospedale, i familiari dei pazienti sperimentano alti livelli di stress, tensione fisica e mentale, esacerbazione di problemi di salute, incertezza e vulnerabilità (Given et al., 2001; Holden et al., 2002).

PSICOLOGIA E ORGANIZZAZIONE NEI CONTESTI DI CURA

Orizzonti culturali e tensioni affettive nell'organizzazione ospedaliera e nei contesti di cura

L'approccio etnografico all'organizzazione ospedaliera

“Our common sense and scientific knowledge about health, illness and disease come about through social constructions mediated through social relations, comprising example of what Berger and Luckmann (1967) described as ‘objectifications of social world” (Crossley M.L., 2000, pag. 20).

Un interessante approccio al sistema ospedale è quello rappresentato dalla prospettiva antropologica e dagli studi etnografici, che cercano di conoscere l'ospedale intercettandone le dimensioni culturali e sociali.

Questo interesse è in realtà piuttosto recente, in quanto va detto che in passato le ricerche sul tema riconoscevano alla biomedicina un carattere monolitico, sottolineandone l'universalità dei principi fondanti e non tenendo conto degli aspetti culturali di contesto. Nonostante il grande interesse rivolto alle teorie e alle pratiche della biomedicina occidentale, scarsa attenzione era stata finora dedicata al sistema “ospedale” quale esempio paradigmatico di biomedicina transculturale. Come sostengono Van der Geest e Finkler (2004), nei contributi antropologici centrati sullo studio della biomedicina raramente trovava spazio una riflessione etnografica sulla natura e sulle funzioni dell'ospedale.

Una delle ragioni che potrebbe spiegare questa carenza di studi sulla realtà ospedaliera delle società occidentali potrebbe essere ricercata in una ingannevole apparenza di familiarità che passa attraverso le similitudini dell'organizzazione ospedaliera, in particolar modo della burocrazia, dei reparti, le gerarchie, dell'abbigliamento e delle tecnologie. L'ospedale viene considerato il luogo in cui i principi universali della medicina vengono applicati con modalità uniformi, indipendentemente dalla cultura in cui sono collocati.

Un'ulteriore spiegazione alla scarsa quantità di ricerche etnografiche sull'ospedale può essere ritrovata nell'atteggiamento difensivo della dirigenza che non vede di buon grado la presenza di osservatori esterni.

Tutto ciò rende necessario uno sguardo alla cultura ospedaliera come aspetto saliente dei nodi organizzativi che caratterizzano il modello biomedico occidentale.

L'antropologia offre in proposito un importante contributo attraverso gli studi più recenti, che non considerano gli ospedali come cloni di un modello biomedico universale e standardizzato, ma che tengono conto del ruolo differenziante giocato in essi dai processi socio-culturali peculiari ad ogni contesto.

Un punto fondamentale della ricerca ospedaliera sottolinea che le opinioni e le pratiche mediche possono variare considerevolmente in diverse realtà, implicando differenti criteri diagnostici e terapeutici. Inoltre, come molte ricerche dimostrano, l'ospedale rispecchia e rinforza i processi socio-culturali dominanti nella società. Come afferma Helman (2000, pp. 4-5, cit. da Van der Geest e Finkler, 2004), "le teorie e le pratiche relative alla salute e alla malattia sono elementi centrali nella cultura". Nelle situazioni di malattia, i "veri" valori, le convinzioni, le regole morali, le relazioni delle persone diventano chiaramente visibili. In linea con questa posizione, Lock (1986, p. 8, cit. da Van der Geest e Finkler, 2004) afferma che "lo studio dei processi di salute e malattia rappresenta un potente specchio rivelatore delle relazioni tra individui, società e cultura".

Appare interessante riflettere sul fatto che le origini della biomedicina, rintracciabili nell'Europa del diciannovesimo secolo (e più precisamente in Francia e Germania), sono posteriori all'apparizione dell'ospedale nelle società occidentali. Prima del diciottesimo secolo, gli ospedali erano istituzioni di assistenza e carità con il mandato di fornire ricovero ai poveri; solo successivamente subivano una trasformazione divenendo luoghi dove il personale medico poteva formarsi utilizzando i poveri come "strumenti di apprendimento" e che rispondeva a istanze di "controllo" degli internati (Foucault, 1973). Inoltre, come osserva Starr (1982, p.148, cit. da Van der Geest e Finkler, 2004) "la nascita dell'ospedale si rivela come l'occasione per un'analisi della penetrazione del mercato all'interno delle ideologie e delle relazioni sociali di una istituzione pre-capitalistica".

In tempi più recenti, grazie alle scoperte della medicina, l'ospedale si configura come un luogo ad alta tecnologia, particolarmente specializzato negli interventi chirurgici. L'organizzazione evolve così dall'assistenza al trattamento, trasformandosi da ente di beneficenza in istituzione professionale dominata dal potere medico (Rothman, 1991), burocratizzando le proprie procedure e sostituendosi alla casa come luogo di cura (Reiser, 1984). L'esito è stato quello di una separazione del mondo medico da quello non-medico e di un allontanamento del paziente dalla sua quotidianità.

In realtà, questa operazione di distacco non è possibile: l'ospedale non può separare il dentro dal fuori, il paziente dalla sua famiglia, l'individuo dalla società e dalla cultura (Tanassi, 2004; Vermeulen, 2004; Zaman, 2004; Schneider, 2001).

E' inoltre interessante notare come, a fronte del fatto che le pratiche biomediche abbiano costituito un potente mezzo per i processi di globalizzazione, diffondendo il patrimonio culturale occidentale in tutto il mondo, sia la biomedicina sia l'istituzione ospedaliera abbiano ignorato il dibattito sulla globalizzazione. A un primo sguardo, sembra che il mondo medico sia caratterizzato da processi di omogeneizzazione culturale: l'immagine è quella di una disciplina che, attraverso il ruolo dominante della società e della cultura occidentali, ha potuto diffondersi ed essere accettata in tutto il mondo, proponendosi come indice di "modernità" nei Paesi in via di sviluppo. Alcuni autori (Navarro, 1986; Waitzkin, 1980), ritengono che la biomedicina sia praticata con modalità universali e che a variare sia solo l'apparato strutturale all'interno del quale essa trova applicazione. Se apparentemente questo può sembrare vero, in realtà le forze omogeneizzanti che hanno accelerato i processi trasformativi a livello sociale e culturale in tutto il mondo non hanno uniformato le differenze e le eterogeneità culturali presenti nell'istituzione ospedaliera. Come abbiamo visto, la medicina riflette la società ed è

quindi necessario chiedersi in che modo le sue teorie, le sue pratiche e le sue istituzioni vengano reinterpretate e ristrutturare dalle differenti società che le ospitano. Non si può infatti pensare che, nonostante la diffusione mondiale, la biomedicina venga praticata uniformemente, né che gli ospedali funzionino in modo omogeneo indipendentemente da dove sono collocati. Queste differenze sono chiaramente evidenti nelle pratiche biomediche dei diversi Paesi, siano essi tecnologicamente sviluppati o in via di sviluppo.

L'ospedale non riesce quindi a "tenere fuori" i contesti. La globalizzazione trova resistenze "locali" alla sua diffusione e al relativo processo di omologazione. A questo proposito, risultano interessanti gli studi che descrivono le profonde differenze riscontrate tra medici di diversi Paesi nelle procedure diagnostiche e nei dispositivi di trattamento (Van der Geest e Finkler, 2004). Feldman (1992) evidenzia i differenti significati attribuiti alla patologia AIDS dai medici francesi rispetto a quelli americani: mentre questi ultimi la ritengono una forma di cancro, in Francia l'AIDS viene considerata una patologia infettiva, lasciando così trasparire differenti concezioni culturali sulle reazioni fisiologiche del corpo. Van der Geest e Finkler (2004) citano Townsend (1978), il quale rileva come gli psichiatri inglesi e americani differiscano nelle loro pratiche diagnostiche, sottolineando una diversità di fondo nella rilevazione dei sintomi e affermando provocatoriamente che esiste una maggiore convergenza sul concetto di malattia mentale tra psichiatri e avvocati tedeschi che non tra psichiatri tedeschi e americani. Non si può ignorare d'altra parte che gli psichiatri, prima ancora di essere dei professionisti, sono cittadini tedeschi o americani e come tali portatori di una cultura locale che non può non incidere sul loro ruolo professionale.

Nonostante queste consapevolezza, sono ancora pochi gli studi che indagano, da un punto di vista antropologico, le pratiche biomediche, e in particolar modo l'ospedale, al di fuori del mondo industrializzato. Si rende quindi necessaria una più approfondita analisi delle dinamiche che caratterizzano questi domini, per giungere a una migliore comprensione del loro funzionamento.

Gli studi esistenti sulla tematica conducono a ritenere l'ospedale come un mondo a parte, caratterizzato da peculiari processi culturali che lo rendono differente dal mondo "reale", spesso contrassegnato da un annullamento della vita normale. Goffman (1961) ritiene l'ospedale come un'istituzione culturale chiusa che influenza l'identità delle persone che accoglie, mentre la definizione di Parson (1951) della degenza come di un periodo di sospensione durante il quale il paziente si prepara a tornare alla vita normale, implica una visione dell'ospedale come di un luogo "altro", dove i ruoli e le regole tipici della quotidianità vengono temporaneamente interrotti. Al suo ingresso in ospedale, il paziente viene sottoposto a un processo di "spogliamento" dei normali ruoli della vita quotidiana, che vengono relegati in sottofondo, rendendo la persona un "caso" all'interno di una stanza numerata. L'idea di fondo è che le distinzioni connesse alla classe sociale, alla professione e allo status vengano cancellate e non siano considerate in un processo terapeutico per definizione rivolto a un corpo "anonimo".

Esiste in realtà un altro modo di guardare l'ospedale, che evidenzia una reinterpretazione delle istituzioni biomediche da parte delle culture locali e che comporta significative implicazioni a livello sia teorico sia pratico. Secondo Finkler (2004), la vita dentro l'ospedale non può essere considerata come separata dal mondo esterno, anzi

bisogna ritenerla plasmata sui modelli normalmente proposti dalla società. Al suo interno, infatti, vengono riproposte le gerarchie, le ineguaglianze, i conflitti che hanno luogo all'esterno. Gli studi etnografici sull'ospedale aprono quindi una finestra sulla società e sulla cultura al cui interno esso è situato, fotografando non solo le differenze culturali a livello organizzativo e di pratiche terapeutiche, ma anche connettendole ai più ampi processi culturali e sociali.

Un ulteriore settore di indagine è rappresentato dagli aspetti metodologici relativi alle procedure di ricerca sul campo. La dimensione partecipativa che caratterizza gli studi antropologici può essere declinata in tre differenti modi: il ricercatore può essere presente sul campo scegliendo di far parte dello staff medico, di rivestire i panni del paziente o quelli del visitatore. La maggior parte dei ricercatori sembra scegliere di indossare il camice bianco e di rivestire il ruolo di medico o di infermiere, rappresentando quindi prevalentemente il punto di vista del personale piuttosto che quello dei pazienti (Van Amstel e Van der Geest, 2004; Gibson, 2004). Le ricerche che invece assumono il punto di vista del paziente risultano particolarmente interessanti per le loro implicazioni etiche, anche se l'elevato livello di coinvolgimento che richiedono scoraggia molti ricercatori dal metterle in atto (Murphy, 1990). La terza modalità prevede l'assunzione del ruolo di visitatore: questa scelta sembra rendere la presenza in corsia meno invasiva e comporta minor coinvolgimento del ricercatore nelle pratiche di cura (Inhorn, 2004).

Si configurano quindi per gli antropologi diversi percorsi di ricerca in ambito ospedaliero. Inoltre, mentre non sempre risulta facile "entrare" negli ospedali del mondo occidentale (a causa delle severe normative sulla *privacy* dei pazienti e sulla tutela del personale), la stessa difficoltà non si incontra negli ospedali africani e asiatici, dove la minor preoccupazione per le istanze di *privacy* rende meno problematico l'accesso ai ricercatori. A questo proposito, sembra interessante rilevare come le differenze nell'accesso agli ospedali in diverse parti del mondo rappresentino un ulteriore indicatore delle diversità culturali e sociali che caratterizzano l'organizzazione ospedaliera.

La rimoralizzazione della medicina

Questa apertura dell'orizzonte etnografico nelle organizzazioni è una condizione essenziale di quel processo di "rimoralizzazione" che, avviato negli anni '80 e '90 dentro la stessa riflessione medica, tende a restituire centralità alla dimensione etica nei processi di cura. Il punto di partenza è costituito dalla necessità di rivedere la distinzione tra *illness* e *disease* (cfr. il capitolo di Enrico Petrangeli in questo volume) e la configurazione gerarchica della relazione tra mezzi (la dimensione di *technical care*) e fini (la dimensione di *caring for patient*) (Spiro, 1986). L'attenzione viene così reindirizzata alla connessione tra la malattia dell'individuo, le sue traiettorie di vita e le sue relazioni con l'ambiente familiare e sociale (Kleinman, 1988). In particolare, di fronte ad una deriva tecnicista della medicina, torna ad avere una posizione centrale la questione della "*empathic care*", che include una valorizzazione dei significati della malattia e della necessità di confrontarsi con dimensioni emotive profonde entro contesti di relazioni fortemente

personalizzate (Kleinmann, 1988; Crossley, 2002). Tali dimensioni, anziché essere considerate come marginali e prive d'importanza, costituiscono “*the point of medicine*”.

In tal modo, all'interno della medicina, prende spessore una linea di attenzione “olistica” che pone al centro la struttura delle relazioni medico-paziente (Balint, 1957; Spiro, 1986; Kleinman, 1988). In questa visione rientrano fortemente in gioco considerazioni in ordine alla fisionomia etica degli scopi della medicina e al riconoscimento di una dimensione profondamente morale alla base della relazione medico-paziente (Crossley, 2002). Acquista quindi rilievo il richiamo alle posizioni del filosofo Emmanuel Levinas che riporta l'agire medico ad un significato profondo che si colloca “*outside the self, in an ethical experience of simply being there to help and care the vulnerable other*” (van Manen, 1998, pag. 21).

La via della “rimoralizzazione” e della “umanizzazione” della medicina impone d'altra parte profondi cambiamenti nella struttura sociale della relazione medico-paziente, codificata dalla tradizionale interpretazione funzionalista. Nella interpretazione di Talcot Parson (1975), l'asimmetria della relazione tra medico e paziente è necessaria ed ineliminabile. Essa è inaccessibile ad una trasformazione in senso più egualitario, umanizzato e *caring*. Infatti essa si colloca in una struttura sociale che implica posizioni gerarchiche di potere, autorità e prestigio, e si sostiene mediante una combinazione di competenze professionali e di un mandato fiduciario sul mantenimento della salute non solo dell'individuo, ma anche e soprattutto della popolazione in generale. Tale asimmetria è garantita e trasmessa dalla formazione medica che “accultura” verso una costellazione valoriale centrata su fiducia, equità, disciplina e reputazione. Si crea in tal modo una etica professionale in cui si riconosce una relazione diretta tra fiducia e pratica medica, tra fiducia e autorità della professione medica. L'interesse e i desideri del paziente rientrano in questa più generale costellazione, ma sono perimetrati, nella loro accettabilità, da una deontologia che impone di salvaguardare la fiducia sociale verso la professione medica e il suo interesse per la salute generale della popolazione. Il medico mantiene questa posizione asimmetrica esercitando inoltre una prerogativa esclusiva sull'atto medico.

Prima ancora che dalle tensioni olistiche e verso l'umanizzazione, l'approccio funzionalistico è messo in crisi dalle profonde trasformazioni culturali e dalla riconfigurazione della relazione tra domanda e offerta di cura.

In primo luogo si deve registrare l'ingresso sulla scena di nuove figure e apparati alternativi o complementari alle cure. Sia le medicine alternative, sia la presenza di nuove figure e modelli di trattamento (che in gran parte si collocano al di fuori del Servizio Sanitario ufficiale) rendono meno impenetrabile il monopolio della professione medica nella risposta alla domanda di cura e di trattamento individuale.

In secondo luogo, la maggiore disponibilità di informazioni e di accesso alle strutture sanitarie rende il paziente meno dipendente da un'unica fonte monopolistica di cura. Il paziente spesso si rivolge ad un medico con un corredo di *expertise* e con una coorte di fonti mediche e sanitarie che rendono in parte la relazione condizionata dalla possibilità di confronto con pareri diversi e con uno spettro più ampio di alternative terapeutiche.

In terzo luogo lo scenario epidemiologico, a partire dalla metà del secolo scorso, caratterizza crescentemente la domanda di cura di malattie di tipo cronico, in cui l'enfasi

sulle traiettorie soggettive e relazionali del paziente tende a proiettarsi in primo piano e a competere in importanza con le conoscenze e le tecniche biomediche (Pilnick, 1998).

Infine, ma non meno importante, la tendenziale trasformazione della tradizionale relazione medico-paziente in relazione “fornitore-cliente” rende certamente più prestigiosa la relazione con i bisogni e i desideri percepiti del paziente e determina un riequilibrio di fatto con il mandato fiduciario verso l’interesse sanitario generale (Sharma, 1995)

Verso un ridisegnarsi delle dinamiche psicosociali nella relazione medico-paziente

Un punto fondamentale nell’analisi delle dinamiche psicosociali nella relazione medico-paziente è tradizionalmente assegnato alla presenza di processi di tipo ambivalente, di dipendenza e proiezione, che il paziente agisce verso il medico e le cure. La malattia comporta infatti uno *shock* per il paziente, che percorre ampiamente l’intera configurazione bio-psico-sociale e mette criticamente in discussione la fiducia nel proprio corpo, in sé, nel proprio futuro e nelle relazioni con gli altri. La malattia fa emergere nel paziente un sentimento di vulnerabilità che comporta processi di regressione, con l’adozione di comportamenti più primitivi, in relazione ad una percezione di essere preda di terrori infantili e ancestrali e di stati emotivi primitivi (Meyer, 1994).

Spesso tali sentimenti sono amplificati dalla difficoltà della medicina di fornire forme di intervento e di cura efficaci nelle malattie gravi e ad andamento cronico. Sharma (1995) e Vincent e Furnham (1996) evidenziano come sia questa la principale motivazione che induce i pazienti a rivolgersi a trattamenti alternativi non ortodossi. Gli stessi autori osservano tuttavia, insieme a Jackson (1994) e Thomas *et al.* (1991), come tale disillusione non comporti l’abbandono della medicina ortodossa, quanto piuttosto la costruzione di un itinerario in cui si giustappungono fonti ortodosse e alternative di cura.

In un contesto relazionale comunque caratterizzato da una forte dipendenza, l’emozionalità vulnerabile del paziente attiva spesso poderosi processi di tipo proiettivo (Balint, 1957; Holland, 1995; Crossley, 1997, 1998, 2000; Lupton, 1997). Il medico viene adottato come oggetto su cui il paziente trasferisce i propri sentimenti di paura e vulnerabilità. Il senso di perdita di controllo e una rabbia diffusa, disperata e senza scopo, si rivolgono a costruire un senso sordo di ostilità verso il medico e la medicina che spesso sono rintracciabili nelle ricostruzioni autobiografiche dei pazienti (es. Mayer, 1995). Essi danno conto della nozione di Balint (1957) secondo cui ogni privazione imposta all’individuo dalla propria malattia può essere percepita come proveniente dal medico e condurre a fantasie piene di risentimento e a sentimenti di rabbia e ostilità verso di lui.

Tali dinamiche proiettive, accentuate da sentimenti di dipendenza e perdita di controllo, possono giocare anche in direzione opposta e più favorevole, trasferendo sul medico le parti positive e protettive del sé. Il medico in tal modo finisce con l’essere visto come onnisciente e onnipotente e oggetto di una fiducia totalmente incondizionata (Shapiro, 1998).

Di fronte a questa complessità delle dinamiche emozionali del paziente nei confronti del medico, questi è investito da ambivalenti sentimenti di ansietà e di conflitto di fronte a una combinazione di rabbia, ostilità, fiducia e speranza, da cui spesso cerca di proteggersi mantenendo una distanza emotiva tra sé e il paziente. La formazione medica, implicitamente o esplicitamente, orienta fin dall'inizio verso il distacco emotivo. Hilfiker (1985) ricorda come ciò caratterizzi l'addestramento ad esempio alle procedure di esame clinico, in cui imbarazzo ed eccitazione non *devono* essere sentite o *devono* essere sopresse tanto più completamente possibile. La formazione medica, in generale, orienta verso un profondo disconoscimento nei confronti dei propri sentimenti.

Nella costruzione di uno stile professionale, ciò può condurre alla rimozione delle componenti emozionali dalle pratiche di cura corporea e ad uno stile di gestione delle proprie emozioni orientato più alla soppressione e alla rimozione che non al contenimento e alla rielaborazione. Così, da risposta tendenzialmente adattiva in contesti di emergenza o di esami di routine, questa modalità di *coping* emotivo tende ad essere esercitata anche laddove invece sono richieste competenze di ascolto, di comprensione e di comunicazione, e il distacco clinico tende a costituire una protezione personale e una risposta difensiva generalizzata.

In sintesi, da questa tensione emergono tendenze e atteggiamenti difensivi orientati a:

- oggettivazione: il paziente tende ad essere rappresentato come oggetto di una pratica o di un atto medico e ridotto alla parte ammalata oggetto di cura, come negli usi non infrequenti di nominare il paziente nelle conversazioni tra colleghi;
- tendenziale riduzione del *setting* di cura alle pratiche sul corpo;
- riduzione della capacità di elaborare e contenere l'impatto emozionale quando questo supera la soglia del distacco clinico, facendo percepire la relazione come "invischiata" e "problematica";
- riduzione della capacità di operare epicriticamente sul *setting* professionale in modo da includervi abilità e competenze sul piano emotivo, comunicativo e di relazione; la de-valutazione professionale di tali ambiti operativi si accompagna ad una crescente tendenza alla loro delega impropria ad altre figure (*in primis* agli psicologi), contribuendo così a creare contesti di relazione interprofessionali critici e ambivalenti (cfr. Guerra, 1999).

Tensioni emozionali nella relazione medico-paziente e tensioni pratiche della medicina

I temi della dinamiche psicosociali sembrano oggi tornare prepotentemente all'ordine del giorno e riscuotono grande attenzione anche in campo medico. Il loro riproporsi in modo acuto va posto a nostro avviso in relazione ad alcune tensioni crescenti nel dominio pratico della medicina.

Una prima tensione riguarda il confronto tra una espansiva retorica professionale che enfatizza la connotazione **olistica e umanizzata** degli scopi della medicina e la percezione

di una ridotta praticabilità di tale approccio nelle risorse personali, temporali e organizzative limitate con cui il medico ha concretamente a che fare.

C'è anche una corrispondente tensione, in particolare, tra una crescentemente proclamata retorica che misura l'efficacia del medico anche sulla sua capacità di essere attore di pratiche di *caring for patient* e la crescente pressione organizzativa per la riduzione dei costi (e dei tempi) di cura (Hilfiker, 1985; Beardwood, 1999). Questa tensione è amplificata in modo peculiare laddove la pressione per l'efficienza e la produttività si associa a procedure di rendicontazione burocratica delle attività (Furer, 1994, Fullan, 1996)

In definitiva, mentre la retorica, sulla base di una crescente diversificazione delle domande sociali di salute e di una crescente consapevolezza della sua complessità biopsicosociale, culturale ed etica, richiede una crescente attenzione e disponibilità a relazioni che coinvolgono dimensioni emozionali e morali profonde, la pragmatica organizzativa richiede una riduzione del ruolo dell'operatore ad amministratore di *technical cures* in modo professionale e imparziale, impegnandosi sempre di più in pratiche che possano essere facilmente quantificate, registrate e rendicontate, massimizzando il risparmio di risorse e di tempo conferite al processo di cura.

La direzione di cura nelle grandi strutture ospedaliere va sempre più in direzione di modalità *high tech* che richiedono un alto investimento di risorse finanziarie, processi di concentrazione strutturale, forte ottimizzazione (contrazione) dei tempi entro una economia di scala. Al di là delle conseguenze sull'organizzazione e sui carichi di lavoro, l'investimento elevato sulla *high tech* facilita contemporaneamente processi di oggettivazione del paziente e della stessa professione medica. Il sistema *High Tech* assume che le decisioni sulla diagnosi e sulla prognosi siano costruite entro protocolli basati sull'applicazione sistematica della logica processuale di sistemi computerizzati o esperti, piuttosto che sul giudizio clinico intuitivo (Nettleton, 1996) e ciò incoraggia sia la rappresentazione di un paziente virtuale (Hardley, 1998) condizionato dai sistemi *input-output* delle strumentazioni, sia la rappresentazione dello stesso medico più come "performer" che come soggetto del processo di cura.

Ulteriori tensioni derivano dalla tendenziale transizione nell'organizzazione sanitaria dalla centralità della componente medico-professionale a quella medico-manageriale. Tale transizione si realizza attorno ai processi di aziendalizzazione e ha al suo vertice la preminenza dell'ottimizzazione della relazione tra risorse conferite e risorse impiegate. In una logica di questo tipo, la dimensione relazionale tra paziente e sistema sanitario include una sua rivisitazione in termini di *customer satisfaction*, in cui la qualità complessa della relazione è tendenzialmente ridotta ad un rapporto tra linearità dei protocolli e impatto percepito del cliente.

Tale tensione si configura come uno scontro di potere nell'organizzazione sanitaria a cui occorre guardare con molta attenzione.

"The move towards greater medical accountability and the reduction of medicine's monopoly power may, at first glance, appear as positive and democratic shift. However it is important to come back to the point that the process of rationalization goes hand-in-hand with increasing bureaucratisation. This means that the reduction in medical power is not necessarily transferred to lay people (although they may play a greater role in defining need

due to the process of need assessment) but to other professional groups such as health service management” (Crossley, 2002., pag. 25).

La salute degli operatori sanitari nei contesti organizzativi

Scopo del capitolo è di esaminare la collocazione degli operatori nella visione della salute e della malattia nei nuovi scenari organizzativi e istituzionali che caratterizzano i “luoghi della cura” della società contemporanea. Inevitabilmente, il punto di riferimento è la ormai vasta letteratura sul cosiddetto *burnout*. Il termine è usato per definire una degenerazione particolare dello stato emotivo degli operatori impiegati nei rapporti con il pubblico o nelle professioni di aiuto sociale (“*helping profession*”), ossia professioni nelle quali il rapporto con la persona ha un'importanza centrale. La parola “*burnout*” compare per la prima volta all'inizio del secolo con Kraepelin, che aveva intuito come le scarse risorse pubbliche della psichiatria e le condizioni particolari della vita professionale dello psichiatra (tra cui “la mancanza di speranza nei risultati” e “le condizioni economiche non soddisfacenti”), portavano, come “conseguenza inevitabile, lavoro eccessivo di singoli, piacere nullo per la professione e il rapido esaurirsi del medico stesso”.

Negli anni settanta Christina Maslach coniò il termine “*burnout syndrome*” per riferirsi ad una situazione che aveva osservato con frequenza sempre maggiore nelle “*helping profession*”, dove dopo mesi o anni di generoso impegno, questi operatori manifestavano apatia e indifferenza; erano spesso nervosi, irrequieti, qualche volta cinici nei confronti del lavoro; erano operatori che si erano “bruciati” (Maslach, 1976). Negli anni ottanta Cherniss mette in relazione il *burnout* con l'eccesso di stress e insoddisfazione, in una fenomenologia caratterizzata da uno squilibrio tra risorse disponibili e risorse richieste che genera uno stress, una risposta emotiva caratterizzata da tensione, ansietà, fatica ed esaurimento. Tutto ciò porta ad una serie di cambiamenti nell'atteggiamento e nel comportamento: si ha la tendenza a trattare gli utenti in modo distaccato, meccanico, cinico; la perdita dell'idealismo che ha spinto l'operatore verso la professione si accompagna al deterioramento della propria identità professionale e del livello di autostima, mentre crescono sentimenti di impotenza, di passività, di sfiducia nelle proprie capacità (Cherniss, 1980). Tutto questo può essere riassunto schematicamente in tre fasi:

- stress lavorativo, caratterizzato dal disequilibrio tra risorse e richieste;
- *strain*, caratterizzato da tensione emotiva ed esaurimento;
- accomodamento psicologico, caratterizzato da distacco e *coping* difensivo.

In questa interpretazione, lo squilibrio che esiste tra le richieste rivolte ad un soggetto e le risorse che il soggetto stesso ha a disposizione (Lazarus e Launier, 1978) è sicuramente alla base dell'esaurimento emotivo. Molte ricerche sullo stress lavorativo sostengono che non solo l'eccesso di richieste, ma anche la mancanza e l'utilizzazione parziale delle proprie capacità sono cause di *burnout*, perché l'operatore prova una sensazione di disagio e frustrazione non sentendosi utilizzato al meglio.

La natura stessa dei sintomi descritti mantiene una forte evidenza di un legame con i contesti lavorativi. A sintomi fisici (quali mal di testa, disturbi gastrointestinali, insonnia,

cambiamenti di stile alimentare, uso eccessivo di farmaci) e psicologici (senso di colpa, negativismo, labilità e disturbi dell'umore, sfiducia in sé, irritabilità) corrispondono infatti reazioni comportamentali che segnalano una presa di distanza motivazionale dal lavoro (assenze e ritardi, rinvio di appuntamenti, irrintracciabilità, affidamento a procedure standardizzate) e cambiamento evidente di atteggiamento verso i pazienti (scarsa empatia e capacità d'ascolto, chiusura, cinismo, spersonalizzazione, indifferenza e distacco emotivo). Una forte correlazione con la *self-efficacy* e, soprattutto, con l'*empowerment*, è stato recentemente segnalato in letteratura (cfr. Zani e Cicognani, 2000). Quest'ultimo conferma il legame tra *burnout* e perdita di controllo sulla propria vita e sul contesto sociale.

Nell'individuazione dei fattori correlati con i processi di *burnout*, al di là di quelli individuali (come la discrepanza tra aspettative e realtà) e interpersonali (come la rilevanza dei processi di confronto sociale), la letteratura insiste oggi soprattutto sui *setting* lavorativi e organizzativi. La qualità dell'organizzazione, la coerenza e l'integrazione tra i sub-sistemi, la chiarezza dei compiti e delle relazioni tra scopi dichiarati e mezzi disponibili entrano fortemente in gioco. In linea di principio i fattori organizzativi più richiamati possono sintetizzarsi in:

- configurazione dei ruoli lavorativi (sovraccarico, livello di consenso, aspettative connesse ai ruoli, compatibilità e conflitti di ruolo);
- natura del compito (interesse, frammentazione, presenza o assenza di stimoli, significatività);
- struttura di potere (caratteristiche dei processi decisionali e di controllo, presenza o mancanza di opportunità di partecipazione).

L'organizzazione ospedaliera

Centrando l'attenzione sugli aspetti organizzativi, può risultare interessante esplorare queste dimensioni all'interno di uno dei più rappresentativi contesti sanitari: l'ospedale. Esso rappresenta, nelle società moderne, il nodo centrale dell'apparato sanitario-assistenziale (Mamone, 1993) e si configura come un'organizzazione complessa in cui si concentrano tutte le risorse terapeutiche, costituendo luogo privilegiato di diagnosi e cura e sede eletta per l'attività del medico.

E' mutata quindi la sua funzione: da luogo di accoglienza dell'uomo sofferente esso è divenuto luogo di indagine e cura della malattia, quest'ultima considerata come entità indipendente dalla persona e dai significati della cultura in cui trova espressione. L'ospedale, in questa nuova veste, si è andato quindi strutturando come un contesto separato dalla società.

Questa separazione ha tuttavia cominciato ad essere scalfita e a perdere legittimità a partire dagli anni Settanta, con la diffusione di istanze di controllo sociale da parte della collettività (Bellelli e Jacono, 1979). Negli ultimi trenta anni, infatti, l'estendersi della conflittualità sociale all'interno dell'ospedale e la maggiore partecipazione e controllo delle forze sociali e degli stessi utenti, hanno introdotto elementi di contraddizione e

mutamento nella rigida struttura ospedaliera. Questi mutamenti hanno aperto una breccia (in cui peraltro in alcuni casi ha trovato spazio anche la psicologia), ma nella sostanza quello dell'ospedale è rimasto un mondo chiuso, con le sue regole e le sue leggi nascoste, di cui nemmeno gli attori al suo interno sono del tutto consapevoli.

Il principale compito dell'organizzazione ospedaliera, vale a dire diagnosticare e curare la malattia, necessita per la sua realizzazione di tradursi in obiettivi che rappresentino gli impegni di fondo attraverso cui la finalità viene raggiunta e attraverso cui vengono misurati i risultati dell'azione.

A questo proposito va rilevato che l'organizzazione ospedaliera italiana, deputata ad erogare servizi di pubblica utilità, non si propone obiettivi di marketing, ovvero non opera decisioni sulla posizione da assumere sul mercato con l'obiettivo di attrarre, raggiungere e soddisfare una clientela. Un obiettivo di questo tipo imporrebbe una strategia di intervento che richiederebbe risposte chiare ai quesiti su chi sia l'utente e su quale sia il valore che il servizio prestato deve avere per l'utente. Il rischio dell'assenza di una tale strategia sembra dunque essere quello della mancanza di una azione organizzativa coerente e della conseguente presenza di forti costi sia sul piano dell'efficacia sia su quello dell'efficienza. La mancanza di una strategia generale si riflette inoltre sulle istanze di innovazione, che hanno acquisito negli ultimi anni una particolare importanza soprattutto in seguito alla forte accelerazione dei processi trasformativi a livello politico-economico, scientifico-tecnologico e culturale-sociale. A questo si affiancano i molti problemi di gestione interna: il disagio degli utenti, lo stress lavorativo degli operatori, le conflittualità che attraversano orizzontalmente e verticalmente il sistema, la complessa relazione tra gli operatori e gli utenti, il problema dei costi e degli investimenti, la questione della valutazione della efficienza ed efficacia dei servizi forniti.

Nonostante la complessità delle problematiche che la attraversano, l'organizzazione ospedaliera non sembra tuttavia aver maturato l'esigenza di formulare una richiesta di cambiamento. Laddove questa richiesta è emersa, essa ha prevalentemente incontrato la scelta dell'organizzazione ospedaliera di rivolgersi, per affrontare le disfunzionalità esistenti, all'*expertise* proprio della cultura manageriale. Solo in rari casi la necessità di comprendere e tentare di risolvere le difficoltà emergenti ha visto invocate, da parte dell'organizzazione ospedaliera, competenze di tipo psicologico.

L'esigenza di rispondere a standard di efficienza ed efficacia e la conseguente necessità di una valutazione del proprio operato hanno tuttavia condotto l'organizzazione ospedaliera a promuovere l'adozione di politiche per la qualità.

Il concetto di qualità: la storia

Le origini del concetto di miglioramento della qualità possono essere rintracciate nel mondo della produzione. Da questo settore provengono le definizioni più utilizzate, da "conformità ai requisiti" a "idoneità all'utilizzo". Tale idoneità ha due distinte caratteristiche, ognuna delle quali evidenzia un differente significato di qualità: la prima riguarda gli aspetti del prodotto o servizio che incontrano le necessità del cliente e

influisce soprattutto sulle vendite, mentre la seconda concerne la mancanza di difetti ed agisce prevalentemente sui costi. La qualità viene inoltre definita come “riduzione della varianza quale fondamento di un miglioramento continuo senza sosta” e “orgoglio nel lavoro umano” (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 1998, pag. 18).

Anche in campo sanitario possono essere ritrovati tentativi di promuovere una attenzione sistematica agli aspetti qualitativi. Nel 1912 il terzo Congresso dei Chirurghi del Nord America assunse l’impegno a “standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro, in tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina”. (Celin *et al.*, 1991, pag. 7). Soprattutto nei Paesi anglosassoni, l’attenzione alla qualità nel settore sanitario si è sviluppata come attenzione agli aspetti connessi alla qualità professionale, attraverso la promozione di metodi di confronto e verifica delle attività svolte (audit clinici, verifica e revisione, miglioramento continuo, linee guida, accreditamento volontario).

Nel tempo è tuttavia subentrata l’esigenza di controllare e migliorare, in aggiunta alla prestazione professionale, altri aspetti: l’organizzazione del lavoro, la pianificazione dei servizi, il confort delle strutture, la relazione con gli utenti. E’ così che si cominciò a parlare di “assicurazione della qualità” e di “*Total quality management*” (Bonaldi *et al.*, 1994) come approcci in grado di affrontare globalmente le varie dimensioni della qualità. A queste innovazioni hanno contribuito i progressi scientifici e tecnologici in campo biomedico, che hanno portato alla diffusione di grandi strutture sanitarie e quindi all’erogazione di un numero crescente di prestazioni sanitarie all’interno delle stesse. Questo incremento ha favorito notevolmente la contaminazione tra settore produttivo e settore sanitario: gli approcci alla qualità si sono così estesi dall’industria al campo dei servizi alla persona.

I metodi per il miglioramento della qualità nel settore industriale, basati principalmente sulle norme emanate dalla *International Organization for Standardization* (ISO), erano volte inizialmente a tenere sotto controllo la rispondenza di un prodotto a determinati requisiti, per poi ampliarsi al processo di produzione e quindi all’intera organizzazione.

Tradizionalmente questa esigenza nasce dalla necessità aziendale di fornire un prodotto soddisfacente, ed è evidente che chi deve essere soddisfatto è in primo luogo l’acquirente del prodotto, che può essere il singolo cittadino o un’altra azienda. L’esigenza di avere degli standard di qualità e di poter effettuare dei controlli “esterni”, cioè delle verifiche effettuate da soggetti competenti su mandato dell’azienda-cliente, ha promosso l’elaborazione e la codificazione di norme internazionali in tema di qualità (le norme ISO) ed anche l’emanazione di leggi che stabiliscono requisiti di qualità a tutela del consumatore.

Appare evidente che lo sviluppo di questo processo è dovuto non solo e non tanto a generiche motivazioni di miglioramento, quanto piuttosto a interessi economici, alla tendenza degli acquirenti ad affinare le proprie esigenze e alle logiche di competitività del mercato.

Questo spiega anche perché, nate sulla base di adesioni volontarie, le politiche per la qualità hanno finito in molti casi per diventare un requisito necessario per la vita delle aziende.

La cultura della qualità nelle strutture sanitarie

Numerosi documenti dell'OMS raccomandano la diffusione delle politiche per la qualità nel settore sanitario (WHO, 1981) e tali indicazioni sono state recepite come raccomandazioni dagli organismi deputati al controllo delle strutture sanitarie. L'attuale scenario è quindi caratterizzato dalla progressiva introduzione di una normativa che prevede l'adozione nelle strutture sanitarie di politiche per la qualità.

Data la complessità propria dell'organizzazione ospedaliera e del suo contesto di riferimento, è difficile applicare automaticamente ad essi le tecniche di miglioramento continuo della qualità in uso presso altre tipologie di aziende.

Nel settore sanitario appare fondamentale la necessità di coniugare, nel concetto di qualità, sia l'aspetto delle procedure (struttura, processo, esito) sia quello più tradizionale dell'intervento medico.

Gli obiettivi che l'ospedale pubblico deve perseguire portano a dover considerare il tema qualità da vari punti di vista, che non sempre vengono colti nella loro interconnessione:

la qualità percepita, vale a dire il gradimento del servizio così come percepito soggettivamente dall'utente;

la qualità offerta, come insieme degli interventi tecnico-organizzativi messi in atto dall'azienda per migliorare il sistema progettuale-produttivo-logistico;

la qualità attesa, come insieme di attributi che un prodotto dovrebbe avere in base alle aspettative del contesto di riferimento.

L'esigenza di definire standard di qualità riconosciuti e verificabili e la necessità che vi siano forme di verifica indipendenti ha portato a legare le politiche per la qualità al concetto di accreditamento.

Nel mondo sanitario, l'accreditamento è il processo che porta a riconoscere che un'organizzazione sanitaria soddisfa determinati requisiti espliciti di buona organizzazione.

Il modello dell'accreditamento per le strutture sanitarie, su un modello di tipo "volontario" quale quello esistente negli U.S.A.⁵, si è sviluppato in Canada (1958), quindi in Australia (1974), nel Regno Unito (1990), ed in Olanda (1998). Francia ed Italia sono invece gli unici Paesi che hanno adottato il modello del cosiddetto "accreditamento istituzionale". Mentre l'accreditamento "volontario" o di "eccellenza" è promosso all'interno del mondo sanitario con scopo di formazione e di continuo miglioramento della qualità organizzativa, l'accreditamento "istituzionale" viene effettuato da o per conto dei governi e senza di esso un'organizzazione sanitaria pubblica non è autorizzata a operare o una privata a convenzionarsi col sistema pubblico.

⁵ La storia dell'accreditamento sanitario nasce nel 1919 negli USA con l'*Hospital Standardization Program*; nel 1965, con il *Medicare Act*, il Governo U.S.A. chiede che, per lavorare nell'ambito del programma di assistenza sanitaria pubblica, le singole strutture siano accreditate; nel 1995 con il *Comprehensive Accreditation Manual* vengono introdotti tra i requisiti per l'accreditamento i principi dei sistemi qualità del *Total Quality Management*.

In tutti i tipi di accreditamento si dà essenziale importanza al sistema qualità. Gli obiettivi dell'attività di accreditamento prevedono quindi:

- valutazione puntuale della qualità della struttura in riferimento ad un modello e quindi a dei requisiti;
- promozione e sostegno del ciclo di miglioramento della qualità;
- creazione di un sistema di garanzie - tendenzialmente oggettive e verificabili - per l'utenza. (Lazzari, 2003).

Le norme per i sistemi di gestione per la qualità, definite dall'ISO a livello internazionale ed adottate a livello europeo (EN) ed italiano (UNI), sono state applicate anche a settori diversi da quelli produttivi, quali i servizi alla persona. Si è prodotta in tal modo una sostanziale convergenza tra la gestione della qualità secondo le norme ISO ed i modelli prevalentemente adottati in sanità.

Tra i "principi di gestione per la qualità" (UNI, 2000, pag. 2) troviamo:

- *Leadership*: i capi stabiliscono unità di intenti e di indirizzo dell'organizzazione. Essi dovrebbero creare e mantenere un ambiente interno che coinvolga pienamente il personale nel perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione.
- Coinvolgimento del personale: le persone, a tutti i livelli, costituiscono l'essenza dell'organizzazione ed il loro pieno coinvolgimento permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione.

Tra le "responsabilità della direzione" (UNI, 2000, punto 5), rientrano azioni quali:

- condurre l'organizzazione dando il buon esempio per sviluppare la fiducia del personale;
- creare un ambiente che incoraggi il coinvolgimento e lo sviluppo del personale;
- valutazioni (con appropriate metodologie di misura) del livello di soddisfazione del personale dell'organizzazione.
- promozione di politiche ed obiettivi mirati ad accrescere la consapevolezza, la motivazione ed il coinvolgimento del personale.

La stessa norma definisce l'"ambiente di lavoro" come "insieme di condizioni nel cui ambito viene svolto il lavoro; tali condizioni comprendono fattori fisici, sociali, psicologici ed ambientali", riconoscendo così il ruolo l'ambiente sulla motivazione, soddisfazione e prestazione del personale. Il dato interessante è che i contenuti delle norme non sono semplici raccomandazioni, ma si pongono come "requisiti", cioè come aspetti coerenti di un sistema di gestione per la qualità che viene valutato e verificato nel suo complesso. In questo contesto gli aspetti relativi al clima organizzativo, alle dimensioni lavorative, alla motivazione, coinvolgimento e soddisfazione del personale, divengono elementi necessari di un sistema coerente.

Qualità e clima organizzativo

Il clima organizzativo può essere sommariamente descritto come “il modo in cui le persone che lavorano in un’azienda percepiscono le loro condizioni di lavoro e il funzionamento dell’azienda stessa” (Lazzari, 2003, pag. 13).

Il concetto di clima organizzativo si sviluppa a partire dagli anni settanta, all’interno di un’ottica in cui particolare attenzione viene data al contesto psicosociale delle relazioni lavorative: dagli studi su individui isolati, cioè considerati isolatamente dal contesto, si passa all’interesse per la relazione che intercorre tra le persone e tra queste e il loro ambiente circostante. Questo passaggio di prospettiva è stato fondamentale, sia in quanto ha permesso di giungere ad un approccio non più basato sul concetto di adattamento dell’uomo al lavoro, sia perché ha spostato l’attenzione da un quadro di riferimento di tipo clinico-medico-ergonomico alle dinamiche organizzative.

Lo studio del clima organizzativo è problematico poiché è caratterizzato da livelli molteplici e complessi. Argyris (1958) è il primo ad impiegare il concetto di *organizational climate*, sviluppando un modello in cui trovano spazio tre gruppi di variabili organizzative:

1. le politiche, le procedure e le posizioni formali nell’organizzazione;
2. i fattori personali che includono bisogni, valori e capacità individuali;
3. l’insieme delle variabili associate con gli sforzi degli individui per confermare i propri fini a quelli dell’organizzazione.

Queste variabili nel loro complesso permettono di definire l’ *organizational behavior* come risultante dall’interazione dei livelli di analisi individuale, formale, informale e culturale (Argyris, 1958). Il clima visto come un processo dinamico è quindi un elemento di regolazione che permette il funzionamento del sistema organizzativo.

Gli studiosi cercano di chiarire il concetto di clima distinguendo un clima psicologico ed uno organizzativo. Il clima organizzativo si riferisce agli attributi organizzativi e ai loro effetti principali, o stimoli, mentre il clima psicologico si riferisce ad attributi individuali, per mezzo dei quali l’individuo trasforma l’interazione tra attributi percepiti e caratteristiche individuali in una serie di aspettative, atteggiamenti, comportamenti (Jones e James, 1974).

Il clima psicologico può essere quindi descritto come un fenomeno percettivo basato sull’esperienza condivisa dai membri di una specifica organizzazione. Queste percezioni costituiscono una mappa cognitiva individuale di come funziona l’organizzazione e guidano quindi il comportamento degli individui in relazione alla situazione stessa. Possiamo dire che il clima serve ad adattare il comportamento dell’individuo alle richieste ambientali e alle esigenze organizzative (Koys e Decotiis 1991). Secondo altri autori (Quaglino e Mander, 1987) il clima psicologico è la percezione del clima organizzativo.

Nella stessa organizzazione possono inoltre esistere climi molteplici poiché i membri appartenenti a diversi livelli organizzativi (diversa posizione gerarchica, oppure di reparti diversi ma nella stessa posizione) possono avere una percezione diversa dell’ambiente organizzativo.

Seguendo Moran e Volkwien (1992), il clima organizzativo appare come una caratteristica relativamente omogenea di un’organizzazione ed è costituito dalle percezioni collettive che gli individui hanno della loro organizzazione (considerando dimensioni come autonomia, fiducia, coesione, sostegno, riconoscimento, innovazione,

equità), ma è allo stesso tempo il prodotto dell'interazione degli individui e riflette la cultura organizzativa ed i prevalenti valori normativi e atteggiamenti.

La letteratura sottolinea l'importanza del clima lavorativo per il suo impatto sulle relazioni umane nell'ambiente di lavoro e sulla soddisfazione che gli impiegati traggono dal lavoro e dalle proprie condizioni. Secondo Quaglini (2002) il clima è in pratica anche la qualità della rete di tensione collettiva che lega o non lega gli uomini e le donne dell'organizzazione: è lo stare insieme, il lavorare insieme, il piacere di ritrovarsi oppure no, l'eccessiva freddezza che circola nelle relazioni interpersonali, la distanza, oppure anche l'eccessiva informalità, ecc.

Tenendone in considerazione dunque l'influenza sul comportamento dei lavoratori e sulla performance organizzativa, può essere determinante per un'organizzazione conoscere il clima esistente al proprio interno. Per De Vito Piscicelli (1984) il clima è uno strumento di consapevolezza e di diagnosi organizzativa e quindi uno strumento di progettazione di cambiamento. La modificazione degli assetti organizzativi aziendali è un processo continuo che caratterizza il normale andamento della vita delle organizzazioni ed è finalizzato all'ottenimento di performance e di capacità competitive sempre più elevate: queste capacità non possono tuttavia prescindere dalla qualità del clima relazionale ed in generale dal benessere delle persone che vi lavorano.

Le aziende si propongono oggi l'obiettivo di elevati standard di efficienza e di efficacia, ma non possono esimersi dal migliorare, contemporaneamente, la qualità della vita all'interno dell'organizzazione e, non ultima, una più attiva partecipazione alla vita aziendale. Per tutte queste ragioni diventa determinante eseguire un check-up organizzativo che permetta di conoscere il clima psicologico e la cultura aziendale di una organizzazione. L'obiettivo dell'analisi del clima è ascoltare (e non controllare) i fatti organizzativi, al fine di investire positivamente nella relazione con i protagonisti della vita organizzativa. Analizzare il clima significa fotografare lo stato di un'organizzazione, tenendo conto soprattutto dei punti di vista dei membri della stessa; rilevando cioè percezioni, motivazioni, vissuti, conflitti, dinamiche comunicative, stili di leadership, collaborazione, autonomia, sicurezza. Queste rilevazioni possono essere utilizzate in un'ottica di miglioramento della qualità, intesa come orientamento e strategia che coinvolge tutta l'organizzazione e vede partecipare tutti gli attori che vi operano (anche la soddisfazione del cliente, per esempio, ha assunto oggi una importanza crescente, dal momento che misurare la soddisfazione del cliente significa anche misurare l'esito delle attività aziendali). Da questo punto di vista l'indagine sul clima deve rappresentare non un punto di arrivo, ma il punto di innesco di un percorso: il movimento e le professionalità che si attivano e si organizzano intorno alla ricerca hanno la possibilità ed il compito di aprire un terreno di confronto e di dialogo nuovo, di favorire il chiarimento dei bisogni e delle aspettative, di ricollocare il significato della domanda all'interno di un processo fatto di persone e di relazioni.

In questo contesto la valutazione del clima, peraltro richiesta dai modelli di qualità e dalle norme per l'accreditamento, può diventare non soltanto un elemento dinamico di verifica della qualità della vita lavorativa, ma anche un catalizzatore degli elementi di interconnessione tra dimensioni lavorative e soggettive, processi gestionali ed organizzativi.

In questo senso la rilevazione del clima può fornire elementi utili per la progettazione di politiche ed interventi di promozione della salute degli operatori (Lazzari, 2003), contribuendo al miglioramento di una serie di aspetti lavorativi (relazioni, riconoscimento, possibilità decisionali, etc.) che incidono sulla qualità della vita degli stessi operatori e degli utenti.

L'ospedale: la cultura dell'organizzazione

La ricerca psicosociale degli ultimi anni ha dedicato particolare attenzione allo studio delle variabili culturali, organizzative, individuali e di ruolo dei contesti lavorativi.

All'interno di queste linee di ricerca, alcuni studi sono stati dedicati all'analisi della cultura dell'ospedale, della sua organizzazione formale e informale, dei ruoli e delle funzioni delle diverse componenti e delle tensioni e conflitti tra queste.

Per *cultura organizzativa* intendiamo l'insieme dei valori, delle norme, dei modelli di comportamento e del clima che caratterizzano l'organizzazione e ne definiscono le modalità comunicative al suo interno e nelle relazioni con l'esterno (Mamone, 1993).

“L'analisi della cultura ha una grande rilevanza per comprendere il funzionamento dell'organizzazione e la soddisfazione dei suoi membri. Certamente la cultura o le culture di una organizzazione producono degli effetti sulla elaborazione della strategia; sulla capacità di innovazione o di cambiamento; sulla disponibilità di introdurre nuove tecnologie; sui processi di fusione o di integrazione tra più organizzazioni o tra diversi comparti della stessa organizzazione; sui processi di socializzazione e di comunicazione; sui criteri di selezione del personale; sulla concezione e sulla prassi formativa; sulla gestione dei conflitti; e comunque, in termini più generali, sulle categorie di analisi e di diagnosi della realtà e sui conseguenti processi di presa di decisione. Per una organizzazione comprendere la propria cultura significa entrare in contatto con la parte nascosta, implicita ed inconsapevole degli assunti, dei valori, dei modelli di comportamento interiorizzati che influenzano la dinamica interpersonale ed organizzativa” (Avalone, 1994, pag. 108-109).

Negli ultimi anni alla concezione monolitica della cultura organizzativa si è andata progressivamente sovrapponendo l'idea di una organizzazione multidimensionale, composta da differenti sottogruppi culturali. Tali indicazioni permettono di mettere in luce la complessità dell'organizzazione ospedaliera, non limitandone l'analisi alla cultura medica ma riconoscendo la coesistenza al suo interno di diverse culture.

La cultura medica, finora dominante nell'organizzazione ospedaliera, è stata portatrice di particolari concezioni sulla natura dell'uomo, sul valore e sul significato dell'attività lavorativa e sugli stili di convivenza, che tuttavia oggi non riescono più a rendere conto della complessità della realtà ospedaliera.

La cultura che anima l'ospedale si basa sulla razionalità scientifica e si caratterizza per:

- la neutralità affettiva (ovvero un disinvestimento emozionale nei rapporti interumani);
- l'orientamento specialistico;
- la complessità dei simboli di comunicazione interna, che al paziente appaiono del tutto estranei;
- la definizione del paziente come oggetto del tutto incompetente e passivo;

- l'interpretazione degli obiettivi del sistema e dei bisogni dei pazienti come risultato della differenziazione funzionale interna.

La malattia, all'interno della cultura biomedica, viene spiegata come deviazione dalla norma di variabili biologiche misurabili. Tale modello comprende sia il riduzionismo (la prospettiva filosofica in base alla quale i fenomeni complessi derivano da un singolo principio primario) sia il dualismo mente-corpo (la dottrina che separa il mentale dal somatico). “Da questi aspetti dogmatici o metascientifici del modello derivano conseguenze negative quali la disumanizzazione, il tecnicismo spersonalizzante, il sostanziale imperialismo del modello di analisi biologica rispetto agli altri livelli.” (Bertini, 1988, pag. 63).

“The development of professions such as health economics and mainstream health psychology have been part of this postmodern process in which medicine has extended its gaze to include not just the patterning of disease but also the investigation of the healthy population for early sign of abnormality. (...) This is manifest in the proliferation of concepts such as ‘well being’, ‘quality of life’ and ‘life satisfaction’ which, since the 1960s, have entered the social and medical lexicon in the attempt to measure virtually all aspects of experience” (Crossley M.L., 2000, pag.27).

La struttura dell'organizzazione ospedaliera

Le organizzazioni creano una struttura finalizzata a facilitare il coordinamento delle diverse attività ed a controllare le azioni dei diversi operatori.

Lo studio della struttura dell'organizzazione ospedaliera ci offre la possibilità di comprendere quali siano i suoi obiettivi. Tra questi studi significativo appare il contributo di Rhode (1962) che, sottolineando l'accentuata divisione verticale e orizzontale del lavoro all'interno della struttura ospedaliera, ne evidenzia il carattere di complessità. Nell'analisi della struttura formale orizzontale vengono individuati tre cicli funzionali: quello medico, quello assistenziale e quello amministrativo. L'ambito funzionale medico si fonda sulla competenza del medico, quale esperto della diagnosi e della cura; tale competenza è divenuta, con il progredire della scienza e della tecnologia medica, sempre più specifica e ristretta nei limiti della specializzazione di ciascun medico. L'ambito assistenziale è rappresentato dal personale infermieristico, le cui funzioni sono dipendenti dagli orientamenti diagnostici e terapeutici del ciclo funzionale medico. Si tratta di una funzione ampia che implica non solo l'assistenza fisica ma anche il sostegno emozionale del paziente, la sua socializzazione nella cultura ospedaliera, il rapporto fra paziente e medico e la relazione fra il paziente e i diversi settori dell'ospedale e con il mondo esterno. Il ciclo funzionale amministrativo, assimilabile ad analoghi settori di altre organizzazioni, comprende sia settori burocratico-amministrativi sia settori tecnico-imprenditoriali. L'autore sottolinea come fra i tre cicli funzionali le relazioni siano cariche di tensioni. La specificità dei ruoli, il riferirsi a sistemi di valori che orientano diversamente le pratiche, crea difficoltà di comunicazione e incomprensioni che trovano la loro origine più frequente nella sopravvalutazione dell'importanza e delle

esigenze del proprio ciclo funzionale a svantaggio degli altri. Tutto questo diviene spiegabile solo presupponendo l'assenza di un pensiero, di una strategia produttiva e di efficienza gestionale che sostenga le scelte in funzione degli obiettivi che l'organizzazione si è data come prioritari. Va detto che il conflitto il più delle volte è risolto con l'imporsi delle direttive mediche.

L'analisi della struttura verticale evidenzia d'altro lato la presenza di molteplici gerarchie di autorità parallele: i vertici medico, assistenziale e amministrativo si intersecano variamente, spesso proponendo direttive contraddittorie, e ciò crea una notevole confusione all'interno dei singoli reparti. "A questo si aggiunge la difficoltà di integrare all'interno del ciclo medico specialità e servizi diversi, con la tendenza a promuovere gli interessi del servizio anziché favorire la ricerca di una integrazione, percepita come potenziale riduzione della propria autonomia operativa" (Guerra, 1992, pag. 49).

Nell'ospedale si assiste ad una differenziazione sempre più accentuata, che si esprime in modo evidente nel proliferare delle specializzazioni definite sulla base delle specifiche patologie o della competenza ad usare tecnologie sofisticate. Inoltre, lo sviluppo tecnologico implica lo sviluppo di professionisti specialistiche in grado di gestire e seguire il percorso delle nuove tecniche. Questi processi contrastano però con le esigenze economiche degli amministratori, che tendono di contro a centralizzare il potere decisionale e a limitare le tendenze parcellizzanti. Il conflitto investe, a seguire, anche le relazioni tra i medici, costretti a concorrere tra loro per l'attribuzione delle risorse.

Guerra osserva come l'analisi proposta da Rhode, nonostante sia datata, mantenga la sua attualità: "Sembrirebbe infatti che i cambiamenti culturali di questi ultimi tre decenni, le nuove forme dei conflitti sociali, l'evoluzione spesso impressionante delle tecnologie, delle metodiche, dei sistemi terapeutici non abbiano avuto nessun effetto particolare sui conflitti caratteristici e sui loro modi di formularsi all'interno dell'ospedale" (Guerra, 1992, pag. 49).

Nonostante l'emergente consapevolezza che una razionalizzazione dell'organizzazione sanitaria potrebbe risolvere la gran parte dei problemi (riorganizzazione del lavoro, incremento della produttività e conseguenti riduzioni dei costi, motivazione e sviluppo del personale, democrazia nella vita dell'organizzazione), gli interventi effettuati in questo senso negli ultimi trenta anni non hanno ottenuto i risultati sperati. I cambiamenti organizzativi non necessariamente infatti corrispondono a cambiamenti nei singoli e nei gruppi, specialmente se questi ultimi sono portatori di valori, norme e modelli comportamentali profondamente diversi. Gli interventi di razionalizzazione e ristrutturazione nelle organizzazioni dovrebbero quindi prevedere un contestuale intervento su altre variabili e tenere conto della cultura dell'organizzazione, dell'innovazione tecnologica e della valorizzazione delle risorse umane.

Avallone (1994) suggerisce una scansione metodologica e tecnica del possibile intervento professionale dello psicologo fondata su:

- analisi dei motivi che fondano le opzioni strutturali, valutazione dei processi interni che aggregano consenso sulle scelte che si intendono adottare;

- individuazione delle conseguenze a livello delle variabili di compito (manageriale, gestionale, tecnico-specialistico e operativo) della definizione o del cambiamento strutturale;
- individuazione e intervento sulle altre variabili connesse alla struttura organizzativa;
- predisposizione del piano di attuazione e di verifica della struttura e/o dell'innovazione strutturale proposta.

Relazioni interpersonali tra operatori in contesti ad alta tecnologia

Tecnologie e organizzazione ospedaliera

Nella quotidianità del contesto sanitario e di cura l'utilizzo delle tecnologie è diventato ormai pervasivo, dal momento dell'accettazione di un paziente, alle pratiche di anamnesi, diagnosi e refertazione gli operatori si servono di strumenti informatici (e non solo) per espletare il proprio lavoro. Le dimensioni della cura oggi poggiano quindi su un'infrastruttura di artefatti tecnologici che disciplinano le pratiche mediche, intrecciandosi con il lavoro quotidiano di medici, infermieri e operatori. Tali strumenti sono lontani dal considerarsi neutrali e a supporto dell'agire medico, da una più attenta osservazione emerge come l'uso delle tecnologie richieda una ridefinizione degli assetti organizzativi, relazionali per essere gestiti tra le diverse necessità presenti nell'esecuzione delle pratiche mediche quotidiane. A questo si aggiunge il fatto tali oggetti e tecnologie sono entrati nella quotidianità del sistema sanitario anche allo scopo di standardizzare e formalizzare la pratica medica per renderla confrontabile e omogenea: l'uso delle cartelle cliniche informatizzate e dei modelli organizzativi dei processi diagnostici e terapeutici non sono altro che espressione del processo di managerializzazione della pratica medica. Essa si può evidenziare nella diffusione di concetti ed espressioni appartenenti al linguaggio economico, come "matrici di responsabilità", "rapporto costi-benefici", che contribuiscono a ridefinire a livello organizzativo le pratiche mediche (Gherardi e Strati, 2004); a questo si aggiungono l'utilizzo tecniche e metodi di stampo economico aziendale finalizzati alla gestione della qualità, del rischio, alla rappresentazione dei processi mediante per esempio flow chart, tutto ciò concorre a modellare i percorsi diagnostici-terapeutici.

In medicina non si assiste solo ad un processo di managerializzazione ma anche di tecnologizzazione dell'ambiente clinico, la bioinformatica, l'e-health introducono strumenti tecnologici a supporto delle pratiche e delle decisioni in ogni fase del processo di cura, dalle attività di anamnesi ai processi diagnostici e di refertazione (Bruni e Gherardi, 2007).

Tali strumenti e artefatti vengono sostenuti per uniformare i protocolli di cura e aumentare l'efficacia dei processi diagnostici e terapeutici (Timmermans e Berg, 1997).

In realtà, in letteratura è possibile rintracciare numerosi dibattiti inerenti all'efficacia e all'efficienza dell'utilizzo delle tecnologie in medicina e sul loro effetto nei processi di de-professionalizzazione dei ruoli (Berg, 1997b), della perdita di autonomia decisionale e professionale (Harrison, 1998; Mol, 2002; Moreira, 2005) e di cambiamenti nel rapporto medico e paziente (Timmermans e Kolker, 2004). Tali studi propongono un approccio sociale e costruttivista che si pone come obiettivo quello di comprendere come il sapere si esprima nelle pratiche quotidiane, come avviene il processo di costruzione di senso all'interno delle attività e delle routine esistenti.

In questo senso le tecnologie non rappresentano degli strumenti neutri ma modificano e concorrono a riconfigurare e disciplinare le pratiche esistenti in modo da integrarli (Timmermans e Berg, 2003a); ciò comporta la riorganizzazione fra i diversi elementi (tecnici e sociali), oltre che una ridefinizione delle relazioni all'interno dell'organizzazione sanitaria (Corbin e Strauss, 1993).

Tali tecnologie, insieme ai protocolli rappresentano delle vere e proprie "impalcature" o scaffolding della pratica medica (Timmermans e Berg, 2003a). Tale termine, che deriva dalle teorie Vygotskiane sull'apprendimento (Vygotsky, 1990), sta ad indicare l'insieme degli elementi fisici, psicologici e sociali che partecipano all'azione umana, tale metafora viene ripresa da Orlikowski (2006), il quale sostiene come il linguaggio, gli artefatti tecnologici sostengono le relazioni sociali all'interno di un'organizzazione ma nello stesso tempo le configurano e le disciplinano, il coordinamento e la collaborazione fra operatori assumono significato all'interno delle pratiche costruite a partire dagli artefatti tecnologici (Heath e Hindmarch, 2000). Esiste quindi un processo di reciproca influenza fra le tecnologie e le pratiche organizzative, che non avviene a livello individuale bensì fra gli operatori, all'interno della rete di relazioni definite a partire dalle pratiche lavorative. Le tecnologie vengono utilizzate all'interno di pratiche mediche situate all'interno di un' "ecologia medica" (Cicourel, 1986) i cui elementi principali sono medici, infermieri, operatori e pazienti, informazioni, oggetti, corpi. Lo strumento assume un ruolo centrale nell'attività e il suo utilizzo non viene definito solo a partire dai parametri pensati dai costruttori ma anche da processi di negoziazione fra il suo funzionamento e l'attività organizzativa: intorno all'uso della tecnologia vi sono infatti vincoli tecnici, condizioni d'uso determinate dall'infrastruttura in cui è inserito, attori e vincoli individuali, organizzativi e istituzionali, questo determina modalità differenti di impiego.

Una riflessione su fattori di successo e insuccesso nella percezione delle équipe chirurgiche

Fattori di successo/insuccesso

La percezione del successo e dell'insuccesso dipende dalla rappresentazione di sé e dell'altro e dalla rappresentazione dell'azione. Fa riferimento dunque alle coordinate con cui ciascuno valuta la propria posizione, ai processi di attribuzione causale e agli

atteggiamenti condivisi. Nel verbale dei precedenti incontri i fattori discriminanti del successo mi riconducibili essenzialmente a:

- Fattori strumentali, conoscenze di base, appropriatezza dell'ambiente e dell'organizzazione
- Precedenti conoscenze rese disponibili sul paziente, il programma di intervento, il team
- L'integrazione delle competenze nel gruppo
- L'armonia, la comunicazione, la sincronia nel gruppo
- Il grado di fiducia reciproca, l'affiatamento

Il successo e l'insuccesso, pur essendo influenzati anche in modo significativo da caratteristiche individuali, restano in grande misura e prevalentemente l'esito di un'azione collettiva. In linea di principio il successo non dipende solo da ciò che si fa nel corso dell'operazione, ma anche e, forse, soprattutto, dalla sua preparazione, dai dispositivi e dal tempo disponibile e dall'accordo o clima che, anche su quelle basi, può costituirsi tra gli operatori, prima ancora che l'azione abbia luogo.

Il posizionamento emotivo, il vissuto dei diversi attori rispetto all'azione è tuttavia fortemente differenziato e sembra orientare verso atteggiamenti discordanti, lasciando intravedere possibili aree di tensione e conflitto. Un primo fattore di differenziazione riguarda il grado di integrazione percepita con il resto del gruppo. Non sembra tanto essere in questione l'accordo o l'auspicio di una intesa nel gruppo, quanto la possibilità di condividere pienamente le responsabilità in condizione estreme di incertezza e tensione; c'è, allora chi si percepisce come sostanzialmente solo nella decisione e chi viene invece percepito come maggiormente sostenuto da opportunità di confronto e condivisione

Un secondo fattore riguarda la differenziazione degli obiettivi con cui ciascuno orienta la propria visione dell'azione e le proprie priorità. Essi non sono sconosciuti agli altri, ma sono piuttosto implicitamente diversamente gerarchizzati

Un terzo fattore riguarda la percezione di poter esercitare un'influenza efficace sul processo e di essere pienamente in possesso delle conoscenze, dei tempi, degli strumenti appropriati ad un controllo efficace dell'incertezza. Un corollario di questo fattore può essere guardato in termini di fiducia e percezione di affidabilità delle risorse decisionali del team di fronte a situazioni di forte cambiamento e deviazione nello sviluppo dell'intervento rispetto alle condizioni iniziali. Gli estremi del continuum vanno dalla necessità di definire in anticipo nel dettaglio ogni possibilità, per cui il gruppo non deve in realtà far altro che attenersi a quanto previsto fin dall'inizio, fino alla necessità di prendere ed esplicitare continuamente nuove decisioni che possano essere facilmente condivise sulla base di una intesa profonda nel team.

Un quarto fattore di differenziazione riguarda il posizionamento emotivo rispetto alle tecnologie, in un continuum che va dalla percezione di garanzia e di prevedibilità degli eventi che essa sembra facilitare, alla percezione di incremento della complessità e dell'esposizione personale (in termini di risorse attentive, di stress e tensione emotiva) che la mediazione tecnologica dell'azione comporta

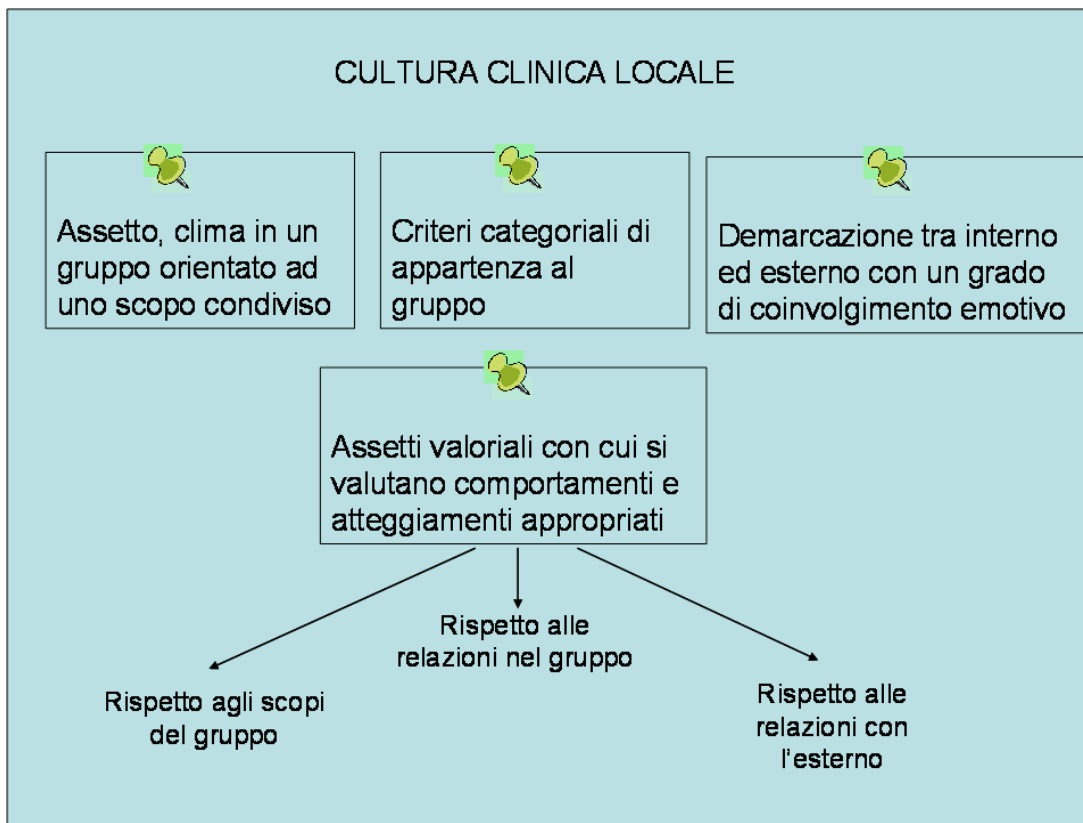
Sembra, insomma, che si evidenzia, dall'analisi dei fattori di successo/insuccesso, una rappresentazione dell'azione come fortemente caratterizzata in senso collettivo,

condizionata dagli eventi precedenti e dagli assetti organizzativi, determinata nel suo sviluppo dalla disponibilità piena delle risorse cognitive e strumentali, ma influenzata in modo determinante dagli assetti relazionali, interpersonali, comunicativi ed emotivi con cui ciascuno si confronta e in cui esercita la propria azione.

La rappresentazione dell'azione nella cultura locale

Le considerazioni fin qui effettuate mi pare possano aiutare a comprendere che la percezione del successo e dell'insuccesso mettano in luce la rappresentazione del team e della sua collocazione nella cultura clinica locale. Esse aiutano forse anche a caratterizzare questa cultura locale secondo alcune dimensioni determinanti che devono forse essere attentamente prese in esame per avviare processi di miglioramento realistici e sostenibili.

Cos'è una cultura locale? Possiamo dire che essa costituisce l'assetto, il clima che si stabilisce entro un gruppo orientato al conseguimento di uno scopo condiviso. Viene chiamata "cultura" per il suo carattere regolativo dei comportamenti, degli atteggiamenti e delle rappresentazioni entro cui si collocano le interazioni reciproche dei membri del gruppo. Essa delinea i criteri categoriali di appartenenza al gruppo e regola mediante segnalazioni condivise anche gli elementi di identità sociale che attraversano i ruoli che gli individui assumono nel gruppo. Costituisce una demarcazione tra interno (ciò che appartiene al gruppo) ed esterno (ciò che non appartiene al gruppo) secondo linee di demarcazione implicite o esplicite e segnalate da appropriate simboliche caratterizzate da un grado più o meno elevato di connotazione e investimento emotivo. La cultura locale delinea anche gli assetti valoriali con cui vengono predisposti e valutati i comportamenti e gli atteggiamenti appropriati.



Ogni azione pratica e ogni comunicazione che si origina nel gruppo, viene organizzata secondo una triplice serie di coordinate, la prima che ne valuta l'efficacia e il valore rispetto al conseguimento degli scopi istituenti il gruppo, la seconda che ne valuta gli effetti sulle relazioni intragruppo, sugli equilibri e sulle regolazioni tra i membri del gruppo, la terza che raccoglie gli elementi che possono influenzare la relazione (intergruppi) con l'esterno.

La cultura locale è il prodotto dell'interazione nel gruppo, delle conoscenze pregresse e delle relazioni istituenti che costituiscono la sua storia, ne definiscono l'orizzonte di senso, delineando l'idea di futuro (destino) del gruppo. La cultura locale è prescrittiva dei posizionamenti personali reciproci e influenza il modo in cui i soggetti si percepiscono, regolano le proprie azioni, esprimono le proprie tensioni emotive entro al gruppo e rispetto al conseguimento degli scopi del gruppo. In questo senso la cultura clinica locale influenza l'organizzazione del pensiero e l'ancoraggio metacognitivo che vengono considerati appropriati o inappropriati nel gruppo e nella mente stessa dell'operatore. Ed è importante capire se e come questa metarappresentazione si moduli diversamente nei diversi posizionamenti all'interno del gruppo.

Queste metarappresentazioni comprendono e accettano gradi diversi di conflitto tra valori decisionali intrinseci al sistema e valori decisionali estrinseci al sistema. Questa linea conflittuale è interessante perché attraversa il posizionamento degli stessi individui entro il sistema. Infatti, talune influenze extrasistema riguardano le operazioni emozionali, i processi identificativi e simbolici che accompagnano i processi decisionali.

Perché è importante la cultura locale nei processi di miglioramento?

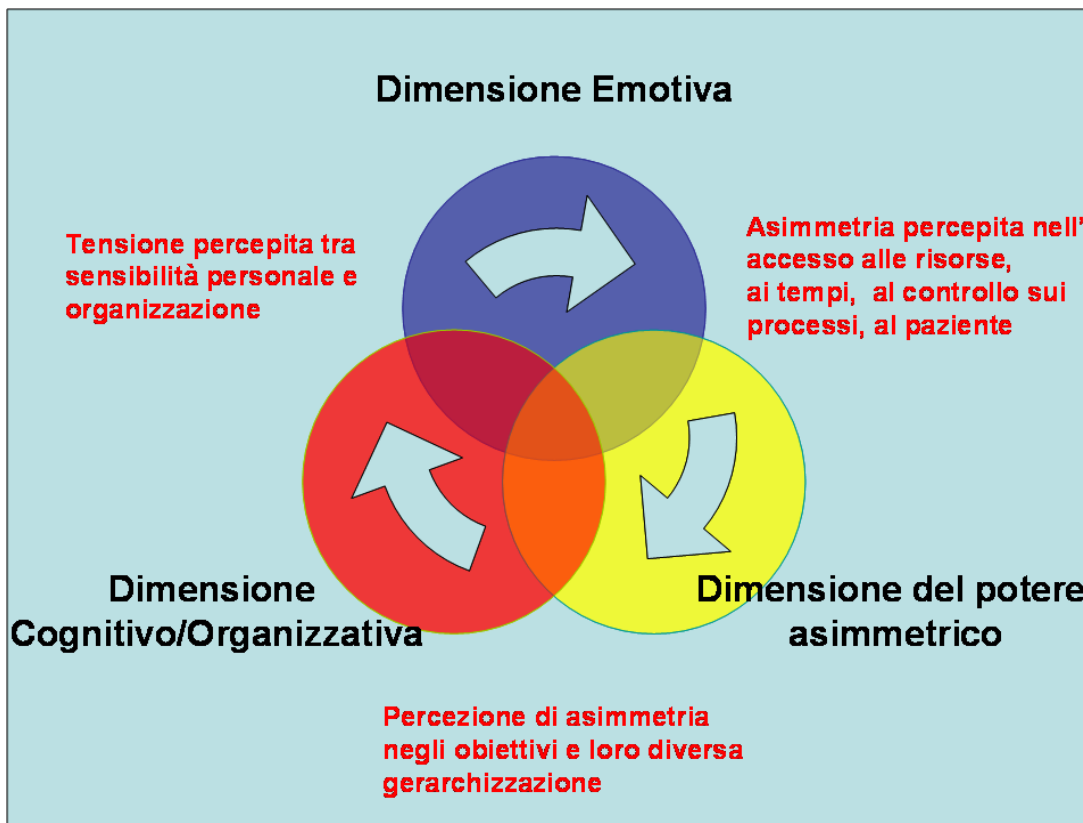
Se si ricollocano le riflessioni compiute nella prima parte dell'intervento (quelle sui fattori di successo/insuccesso) nella discussione sulla cultura locale, si può affermare che le posizioni espresse nei precedenti incontri consentono di intravedere in filigrana alcuni assi orientativi su cui la cultura locale del team chirurgico-anestesiologico cerca di delineare il senso della propria fisionomia istituzionale.

Possiamo ipotizzare, in sintesi, che i fattori di successo possano essere raggruppati:

- in un primo assetto cognitivo/organizzativo e strumentale (l'insieme delle condizioni e delle competenze appropriate, la rete di informazioni, la conoscenza degli assetti e dei dispositivi organizzativi e le condizioni del loro funzionamento concreto)
- in un secondo assetto di condizioni soggettive, di posizionamenti emotivi nelle relazioni interpersonali, fatto di consuetudini e di pratiche, ma anche di tensioni e conflitti interpersonali, entro cui viene agito il proprio posizionamento soggettivo e la linea mobile di demarcazione tra sé come persona appartenente ad una pluralità di contesti e l'identità sociale assunte entro il gruppo
- in un terzo assetto in cui ciascuno è posizionato in rapporto alle proprie possibilità di azione, decisione e controllo sui processi.

Possiamo chiamare il primo assetto, dimensione cognitivo/organizzativa, il secondo dimensione emotiva, il terzo, dimensione del potere asimmetrico nell'organizzazione. Lungo queste tre dimensioni si possono collocare alcuni problemi cruciali che si intravedono negli incontri e che lasciano percepire l'esistenza di "veri" problemi sottostanti

Il primo problema è rappresentato dalla percezione di una asimmetria (cognitiva, razionale) negli obiettivi e, come si è visto, nella loro gerarchizzazione. Un altro problema è costituito dalla tensione percepita tra sensibilità personale e organizzazione avvertita come limite. Un terzo problema è costituito dall'asimmetria percepita nell'accesso alle risorse, al tempo e alla capacità di controllo del processo, persino nella disponibilità della conoscenza catamnesi e nella conoscenza diretta del paziente.



Si potrebbe continuare. Ma si può dire che i “veri” problemi siano quelli che espongono ad una duplice tensione “nel ruolo” e “tra ruoli” in cui le componenti cognitive/organizzative non sono dissociabili dalle componenti emotive e di potere. La cultura locale assicura che, in condizioni di equilibrio e di bassa incertezza, la composizione delle tre dimensioni consente una qualità sufficiente degli assetti relazionali. Ma la caratteristica dei cosiddetti I.A.T. (Interdisciplinary Action Team) è quella di proiettarsi in condizioni di equilibrio precario perché agiscono in situazioni di elevata incertezza, rapidi cambiamenti, forte innovatività strumentale e procedurale.

La recente cultura organizzativa tende a studiare quali sono in un assetto complesso e relativamente instabile come quello degli I.A.T. le condizioni di apprendimento e costruzione di significati condivisi che consentano di far fronte al rapido avvicinarsi di nuove abilità e nuove routine. Il problema viene posto non tanto sulla costruzione di repertori comportamentali dettagliati, quanto sulle condizioni di costruzione e diffusione di nuovi modelli mentali che comportano spesso un riposizionamento complessivo del sistema.

La figura seguente mostra i dispositivi concettuali che vengono predisposti per facilitare processi di apprendimento in queste condizioni di elevata complessità

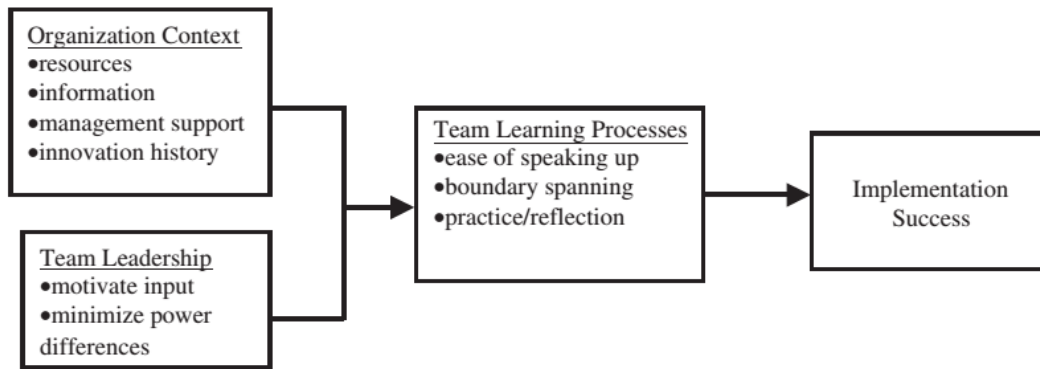


Figura X. Proposed antecedents and outcomes of learning beliefs and behaviours in interdisciplinary action teams (Edmondson, 2003, pag. 1425) ⁶

Come si può vedere si distinguono un blocco di interventi cognitivi e organizzativi, un blocco di interventi sulla team leadership mirata ad agire sugli assetti motivazionali e sulle differenze di potere/controllo nel team, e un terzo blocco (dipendente dai due precedenti) che agisce sulle specifiche condizioni di apprendimento. Queste sono essenzialmente riconducibili a pratiche riflessive di confronto, interazione e autoesplorazione intese come garanzia di sviluppo di relazioni appropriate al cambiamento e all'implementazione di nuove pratiche.

In una visione più generale, una buona “manutenzione” di una cultura locale che sia in grado di fronteggiare le sfide dei cambiamenti e di regolare positivamente le tensioni e i conflitti che agiscono entro e tra ruoli dovrà aggiungere a queste dimensioni una specifica attenzione al confronto e alla “manutenzione” emotiva delle relazioni interpersonali.

⁶ Edmondson A. C. (2003), Speaking Up in the Operating Room: How Team Leaders Promote Learning in Interdisciplinary Action Teams, *Journal of Management Studies* 40:6, pp. 1419-1452

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.

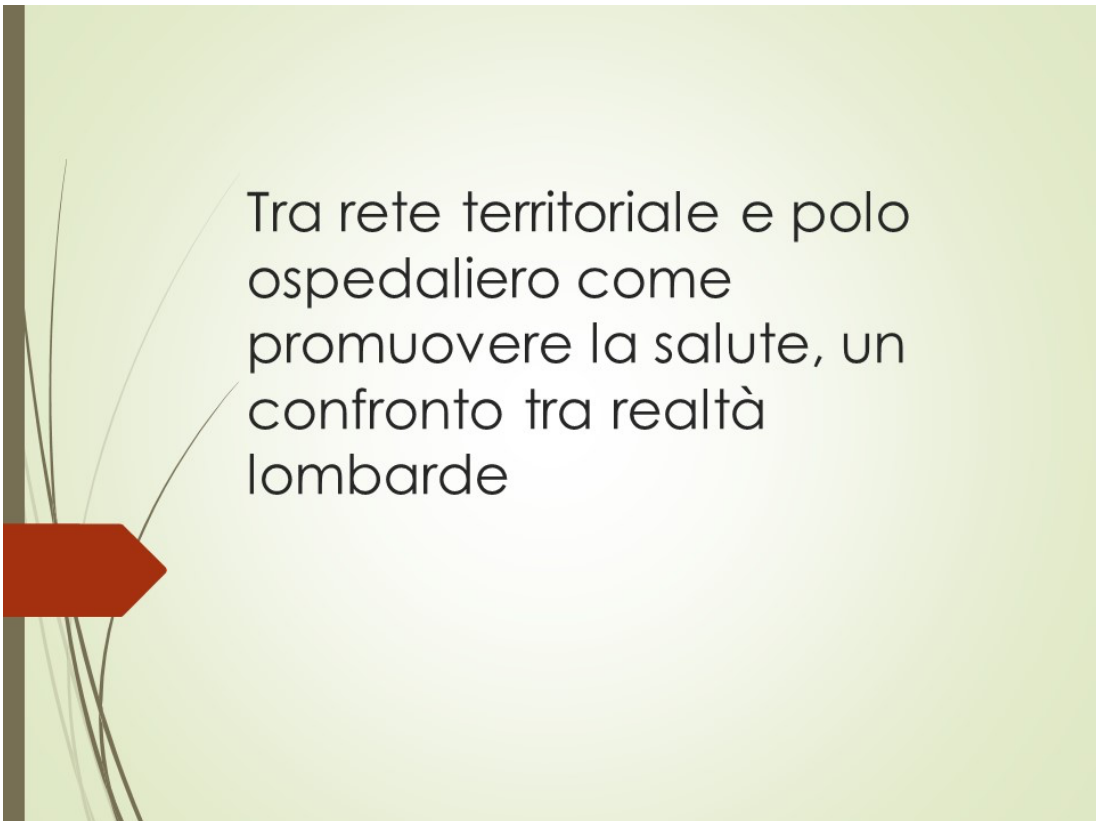
Relativamente alla parte sanitaria, sembra opportuno sottolineare il “sistema delle cure primarie” (art. 10), soprattutto dove si parla di presa in carico delle persone fragili e croniche, dell’obiettivo di erogare prestazioni al domicilio del paziente, del favorire la presenza di personale di studio, 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, Panizza, 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 di 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 Psicossociale): 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 psichiatizzazione (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 sopracitato (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 svischi 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 si 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.

PER UNA RITERRITORIALIZZAZIONE DELLA PSICOLOGIA NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI

Negli ultimi decenni del XX secolo, le strategie di ricerca e le pratiche d'intervento sulla salute si sono progressivamente emancipate dalle prospettive esclusivamente centrate sulla persona e sul "modello malattia", per affrontare nuovi e più complessi territori in cui fattori socioeconomici, demografici, culturali e ambientali condizionano le politiche sanitarie e influenzano le scelte di salute sia a livello personale che collettivo. È in questa direzione che, dal 1974, L'Organizzazione Mondiale della Sanità, introducendo il concetto di *Health promotion*, ha incoraggiato sistematicamente la ricerca di nuove e diverse strategie per il miglioramento della salute, dall'educazione dei singoli alla realizzazione di cambiamenti a livello della comunità e dell'ambiente. Questo riposizionamento chiama direttamente in causa le scienze della salute, mettendone in discussione l'autoreferenzialità delle cornici teoriche, epistemologiche e operazionali con cui tradizionalmente si insediavano nei propri territori, costringendole a rivisitare gli orizzonti spazio-temporali e le modalità d'azione con cui erano progettati e realizzati gli interventi. Uno slittamento e una "riterritorializzazione" dal trattamento delle malattie alla promozione del benessere e della consapevolezza, dalla centralità del sintomo e della menomazione alla complessità multicausale dei fattori e delle risorse di salute, dalla focalizzazione sull'individuo isolato alla complessità delle relazioni interpersonali, sociali e di comunità, dal posizionamento passivo del "paziente", al riconoscimento di un'agentività umana imprescindibile che costruisce significati e narrazioni, promuovendo cambiamento sia a livello individuale che collettivo.

Un riposizionamento epistemologico:

- l'epistemologia contemporanea si caratterizza in estrema sintesi nei seguenti modi:
- a. congedo da certe "pretese" di tipo positivistico e neo-positivistico: empiricità dell'ambito d'indagine, oggettività dei "fatti" indagati, logicità matematica del discorso e della ricerca scientifica. Questa mette in mora sia i discorsi "metafisici" (ciò della "consistenza ontologica degli "oggetti indagati, rimanendo all'ontico /datità/ e al linguistico; sia i discorsi di valore [avalutabilità epistemologica]: la verità sta nella verificabilità delle affermazioni.
 - b. recupero del mondo della vita (contro l'astrattezza e lo psicologismo soggettivistico), del pre-categoriale, dell'apertura alle "cose a cui va data la parola" facendo epoché [sospensione del giudizio], cercando di cogliere e descrivere l'eidos, l'essenza significativa di ciò che appare alla coscienza [= fenomenologia].

- c. ricerca di nuove comprensioni nel dialogo sociale, cercando di cogliere il testo (scritto e analogico-esistenziale) nel suo contesto e nelle sue interconnessioni con i mondi vitali, rifacendosi e ricercando “la fusione, almeno parziale, degli orizzonti di senso”, nel flusso delle tradizioni conoscitive, culturali e scientifiche, e sulla base delle condizioni “etiche tipiche di una società della comunicazione” (rispetto dell’alterità, giustizia ed equità delle opportunità, correttezza dialogica, libertà espressiva, ecc. [= ermeneutica gadameriana e di Habermas - Apel].
- d. favore per la tendenza, tipica del razionalismo critico popperiano, di porre al centro, non tanto “il punto di vista” che viene assunto per indagare qualcosa che diventa “oggetto” di attenzione e di ricerca disciplinare, interdisciplinare o meta-disciplinare, quanto piuttosto “il problema” che fa sorgere l’interrogativo e stimola alla ricerca e innesca il processo conoscitivo nella sua multimodalità (esperienziale, empatica, intellettuale, razionale, prassica, tecnologica, operativa, ecc.). E per questo c’è chi parla ormai di “inter-problematicità”.
- e. Ricerca scientifica e pratica operativa si incontrano o meglio sono chiamate a incontrarsi, in particolare, sul terreno dell’essere e del farsi umano, dell’apprendere e del diversificato costruirsi come persona (fisicamente ed intellettualmente, emotivamente ed operativamente, “generalmente” e singolarmente); sul terreno dei problemi, delle attese, dei bisogni, delle risorse, delle tendenzialità, dei desideri e delle tensioni proattive o autodistruttive, narcisistiche o differenziali che coabitano nella vicenda e nella condizione umana individuale e collettiva
- f. In concreto, sul “continuum” umano, esistenziale, personale e comunitario dell’agio e del disagio, della salute e della malattia, della prevenzione e della promozione, della educazione, della cura e del recupero, si intravedono:
 - i. non forme disciplinari chiuse in se stesse, ma piuttosto un sistema multidisciplinare/interdisciplinare, che si specifica nelle ricerche e discipline rilevative-descrittive (ad es. di tipo storico, biologico, psicologico, sociologico, antropologico, linguistico...), delle ricerche e delle discipline teorico-interpretative (ad es. di tipo filosofico, epistemologico, teologico...) delle ricerche e delle discipline metodologiche progettuali (ad es. di tipo ingegneristico e modellistico), di ricerche e discipline di tipo operativo-tecnico (ad es. mediche, terapeutiche, tecnologiche, ecc... Ciascun ambito disciplinare deve comprendersi come costitutivamente aperto alle suggestioni delle altre modalità di indagine disciplinari (almeno a quelle più vicini e globalmente all’intero arco sistemico) e per quanto è possibile attivamente in interazione con essi:
 - 1. sia nella costruzione del proprio sapere disciplinare;
 - 2. sia nel contributo collaborativo a ricerche e produzioni di saperi ultra-disciplinari (o trasversali o di confine);

3. sia nella compartecipazione a progetti o azioni o interventi comuni sul campo (del tipo ricerca-azione).
- ii. ruoli e figure professionali che saranno di tipo specialistico per il tipo di approccio disciplinare o per il campo-settore specifico o tipo di livello d'intervento, ma che in ogni caso avranno da avere competenze tali da poter interagire e collaborare con specialisti o professionisti o operatori di approccio, campo o tipo di intervento differente (se non proprio da essere tali da avere un secondo o secondario livello di specializzazione, che permetta una proficua interazione collaborazione).
- iii. e forse sono da prefigurare anche ruoli e figure professionali (individuali o in "team") cosiddette di sistema sia a livello di organizzazione della ricerca sia a livello di coordinamento, monitoraggio e di verifica degli interventi (o della qualità conoscitiva e funzional-operativa delle ricerche prodotte).

Un riposizionamento metodologico

Uwe Flick (2004) ribadisce che la psicologia deve intervenire nei processi e nelle committenze sociali sapendo orientare le proprie scelte metodologiche verso il cambiamento. Senza rinunciare alle tradizionali strumentazioni quantitative, una metodologia di ricerca-intervento di tipo qualitativo sembra oggi più in sintonia con questa prospettiva in quanto:

- g. è in grado di **osservare e registrare processi di trasformazione sociale**, fornendone una descrizione più appropriata, dettagliata e sensibile ai contesti, in quanto consente di porsi dal punto di vista di chi è soggetto di tali trasformazioni e di esaminarne le conseguenze in termini fenomenologici ed esperienziali;
- h. può **assumere esplicitamente una prospettiva di trasformazione** dei propri oggetti di ricerca e può prevedere approcci in cui lo psicologo può essere coinvolto *direttamente* in processi di trasformazione sociale (ad esempio, nella ricerca azione o nella ricerca-intervento) più di quanto non sia possibile nella ricerca quantitativa o di laboratorio;
- i. comporta un **riposizionamento dei soggetti da destinatari della ricerca o dell'intervento a partecipanti, titolari, committenti**, portatori di un punto di vista, capaci di contribuire alla ricerca-intervento dando ad essa un significato e di agire in essa in modo consapevole.
- j. Propone una prospettiva che, senza rinunciare all'individuazione di fattori strutturali e di aperture alla generalizzazione, privilegia tuttavia una visione fenomenologica, attenta alle singolarità (studio di caso) e ai percorsi di riposizionamento e soggettivazione (analisi discorsiva).

Un riposizionamento operativo:

presuppone una capacità di dotarsi di una “teoria della tecnica plurale” fondata su alcuni presupposti:

- k. Analisi della domanda e dei processi di committenza;
- l. capacità di intervenire in modo variazionale sui set-setting, includendo la differenziazione dei posizionamenti tradizionali alla luce delle più complesse committenze sistemiche;
- m. posizionamento prevalentemente di tipo consulenziale (consulenza di processo);
- n. analisi e rispetto delle “titolarità” e della “psychological ownership”
- o. adozione di strumenti “maneggiabili” piuttosto che “manipolabili”, trasferibili e capaci di sostenere un dialogo sistemico sia con i soggetti (committenti-clienti-destinatari) sia con le altre culture professionali;
- p. disponibilità a frequentare “zone di confine” ultradisciplinari.

Dario Romano (2008) denuncia un ritardo della psicologia (e della psicologia della salute in particolare) nell’analisi della professionalizzazione sui seguenti temi:

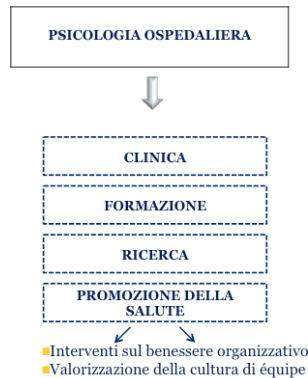
- q. Differenze non di luoghi ma di modalità di presa in carico;
- r. Scarsa attenzione all’entropia e ai sistemi per cui alcune prestazioni e servizi vengono affidate a organizzazioni meno formali o specialistiche (volontariato, cooperative sociali, ecc.);
- s. Ridimensionamento e sottostima degli organici (più di ½ degli psicologi occupati a titolo gratuito o sottopagato);
- t. Riposizionamento dello psicologo nei processi di diagnosi, trattamento, assistenza - non Servizi Medici, non preventivi.
- u. Ridefinizione della relazione tra interventi tecnici e consulenziali
- v. Natura negoziata delle relazioni interpersonali
- w. Propensione a collocarsi in contesti multidisciplinari governati da altri senza sufficiente consapevolezza/competenza di negoziazione

Il punto di vista che rappresentiamo come psicologi della salute fa riferimento alla prospettiva delle “capabilities” di Amartya Sen: “Persone diverse hanno necessità diverse e diverse capacità o possibilità di trasformare le risorse in “funzionamento”, cioè in conseguimenti reali nel miglioramento della propria salute e delle proprie prospettive nel progetto di vita”.

2) L’ospedale e la società della cura

- a. Tensioni emozionali e organizzative nei presidi ospedalieri
- b. Ospedale “capitale” dei nuovi territori urbani
- c. La “rimoralizzazione della medicina”
- d. I compiti “consulenziali” delle Unità di Psicologia in Ospedale (Sostegno psicologico, ricerca, organizzazione, promozione della salute).

- i. Il servizio si struttura sulla base di una originaria **domanda di natura clinica**. Entro il contenitore clinico l'Unità intercetta altre tipologie di domande, ampliando il campo dell'intervento dal contesto duale alla relazione con i reparti e con l'organizzazione ospedaliera. Il lavoro clinico viene affiancato da una diretta **assunzione di responsabilità verso compiti promotivi**.



- ii. La domanda viene ricollocata in un processo di collaborazione e interconnessione con i reparti. Si osserva una tensione a lasciare aperto il campo della domanda, alla pluralità di committenze e bisogni, evitando l'utilizzo di dispositivi come i protocolli.
- iii. Riconoscimento della pluralità e complessità della domanda psicologica in ospedale Dialogo con il sapere medico e con le domande che esso rivolge alla psicologia, nell'intento di esplicitare e raffinare le competenze in atto al fine di riconsegnare la domanda a colui che la pone. Riconoscimento della soggettività dell'équipe curante - *Posizionamento consulenziale*

e. Il Sostegno psicologico rinvia non solo alla prestazione "clinica" verso il soggetto in cura, ma richiede una rimodulazione del setting nel quadro delle complesse relazioni e flussi di domanda/committenza propri del contesto clinico e delle istituzioni di cura:

- i. Definizione
- ii. Q sort
- iii. Setting psicologico- Istituzioni di Cura - Il soggetto in cura

f. La collocazione della psicologia: problema organizzativo / quadri di significato

3) Le funzioni psicologiche nel riordino dei sistemi sanitari e sociosanitari:

- a. i POT
- b. i PreSST - Uccp
- c. le Strutture Intermedie
- d. i Creg

- e. i CeAD
- f. i Consultori
- g. I Ser.D
- h. le Unità di offerta socio-sanitarie

La complessità delle domande psicologiche che agiscono ai vari livelli in cui sono organizzate la presa in carico e le cure nei servizi territoriali sopraelencati, evidenzia un bisogno di integrazione e management delle cure che coinvolgono i sistemi di adattamento plurale entro cui si inscrivono le vicende di salute e malattia. La professionalizzazione dello psicologo nel SSN passa anche per la capacità di intercettare questo bisogno e di offrire pratiche consulenziali in grado di migliorare efficacia, efficienza e continuità dei processi di cura nell'arco vitale, assicurando una puntuale cura delle interfacce tra sistemi di presa in carico.

Le funzioni psicologiche nei sistemi di assistenza sociale.

Si collocano nel punto di intersezione e di integrazione tra le funzioni socio-sanitarie, sociali ed educative, nella prospettiva di comunità.

Tutto questo rinvia anche alla capacità di convocazione dei “contesti interumani” entro i quali si collocano le traiettorie di salute e malattia.

La convocazione della comunità

- i. La costruzione di **profili di comunità**, i quali ci permettono di descrivere i diversi aspetti della comunità (demografico, territoriale, delle attività produttive, dei servizi, antropologico culturale, istituzionale, psicologico, epidemiologico della salute, del benessere e della qualità della vita, del capitale sociale). Tale attività va finalizzata a fornire chiavi di lettura della salute della comunità, che integrate con i dati emersi dalle attività anzidette, accresceranno la consapevolezza delle proprie risorse e dei propri punti deboli al fine di attuare interventi di salute adeguati.
- j. Ma questo assume valore se si sarà in grado di costruire e rendere disponibili sistemi di significato che intreccino e rendono possibili la ri-costruzione di un progetto di intervento (socio-sanitario, sociale, psicologico, educativo) nell'intreccio dei progetti di vita. La comunità, il mondo sociale costituisce la premessa e il contesto entro il quale tutto questo si rende possibile o si costituisce come fattore di resistenze o di impedimento attraverso processi di immunizzazione/normalizzazione (Esposito, 1998, 2002, 2010)? La comunità può agire promuovendo inclusione per valorizzare le diversità nei progetti di vita, per l'esercizio della titolarità e per il diritto di costruzione delle proprie traiettorie di sviluppo, che passano attraverso i processi e tensioni attorno ai *touchpoint*, i punti sensibili dello sviluppo (Brazelton, 2003).
- k. Occorre:
 - i. impegnare e ricostruire scenari partecipati, condivisi e di inclusione sociale

- ii. sviluppare un'intenzionalità condivisa e operazionalizzata tra le diverse titolarità (ownership) che si rendono riconoscibili nei diversi progetti di vita e nelle diverse titolarità
- iii. lavorare sull'esercizio e il riconoscimento reciproco delle diverse titolarità, sulla riflessione condivisa e sui modi in cui le diverse titolarità sono convocate nel progetto di vita, muovendo verso la costruzione di una *community ownership*, negli interventi che faciliti l'incontro tra i progetti e i bisogni delle diverse titolarità.

Il nodo critico delle diversità, dei determinanti e delle pratiche sociali

Le persone con disabilità

Un altro punto critico dell'approccio mainstream della psicologia della salute è rappresentato dalla scarsa attenzione alle tematiche riguardanti le diversità

Nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (ONU,) una parte specifica è dedicata alla salute. Essa è strettamente integrata e non separabile dagli altri aspetti (giuridici, educativi, sociali, lavorativi, assistenziali, ecc.) che questo importante documento mette in evidenza. La concezione di salute, infatti, porta con sé una prospettiva globale che investe le dimensioni individuali, relazionali, sociali, etiche, giuridiche al pari di quelle biologiche e più strettamente sanitarie. Inoltre, pensare la salute dal punto di vista delle persone con disabilità sembra richiedere un riposizionamento dello sguardo e della consapevolezza con cui la si concepisce, in generale, per le altre persone e per la comunità. In questo senso, ancora una volta, la Convenzione, più che limitarsi a rivendicare maggiore cura per una condizione speciale, richiama anche ad un orizzonte generale per cui il diritto delle persone con disabilità e la sua promozione comportano l'affermazione del diritto di ciascuno alla libertà, all'eguaglianza, alla piena attenzione ai bisogni e all'espressione delle proprie potenzialità. In questo senso, anche nel caso della salute, la Comunità non costituisce solo lo sfondo sociale, il teatro dell'esercizio del diritto, ma è un irrinunciabile punto di riferimento di processi di inclusione e di partecipazione, senza i quali il diritto alla salute non può realmente realizzarsi per nessuno. Cercheremo di vedere, nelle pagine seguenti, alcune delle più evidenti implicazioni che l'attenzione alla salute reca con sé nei dispositivi della Convenzione.

Salute ed eguaglianza

L'articolo 25 della Convenzione riconosce innanzitutto a tutti i cittadini, comprese le persone con disabilità, il pieno diritto a godere del migliore stato di salute possibile. Si insiste in modo particolare sull'assenza di ogni forma di discriminazione e sulla garanzia dell'accesso ai servizi e alle cure, sulla loro varietà, qualità, gratuità, vicinanza alle comunità. Gli Stati si impegnano a fornire, inoltre, i servizi che si rendono necessari proprio in ragione delle disabilità, con particolare riferimento ai servizi di urgenza, di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Potremmo dire, rispetto a questi primi punti, che la Convenzione insiste innanzitutto sulle "pari opportunità" di fronte al diritto alla salute, garantendo che la condizione di disabilità non costituisca in alcun modo motivo o pretesto di esclusione dalle cure e dai

servizi. Tuttavia tale prospettiva di parità non può essere veramente realizzata se non si presta specifica attenzione alle differenze che sono derivate dalla condizione stessa di disabilità. Non si tratta cioè, solo, di rimuovere le difficoltà di accesso ai servizi e alle cure, ma di promuovere l'attenzione ai bisogni delle persone, legate alle condizioni di vita, alle disabilità, alle differenze di genere (esplicitamente citate dalla Convenzione) che richiedono anche una differenziazione e una trasformazione degli assetti di cura.

Su questi punti, la Convenzione richiama la questione importante, della relazione tra salute ed eguaglianza. Rimuovere le disparità sul piano economico e sociale costituisce un obiettivo decisivo per la promozione della salute che affronta alle radici il tema di una persistente disegualianza tra le persone nella qualità della vita, nel benessere e nella condizione di salute, sia entro un quadro comparativo internazionale (tra aree povere e aree ricche del mondo), sia all'interno delle singole nazioni e nelle comunità. La piena consapevolezza di questo intreccio più generale costituisce qualcosa di più di un mero sfondo concettuale in cui collocare gli interventi e richiede una crescita della consapevolezza politica e civile, per la costruzione di una cittadinanza critica dal basso in grado di agire sui temi più generali che regolano i modelli di sviluppo e le relazioni di potere. In questo quadro occorre prestare attenzione ai modi specifici in cui, nei diversi contesti, le condizioni di svantaggio sociale si associano a condizioni di rischio per la salute fisica e mentale. L'analisi si concentra, opportunamente, sul legame tra condizioni di svantaggio, sul piano economico e biopsicosociale nell'arco di vita e sulla sommatoria di effetti della disegualianza sulle traiettorie di salute della popolazione. In questo, come vedremo meglio nei successivi paragrafi, la Convenzione è pienamente in sintonia con le linee interpretative emergenti nei documenti sulla promozione della salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e con il dibattito internazionale sulla relazione tra reddito, povertà e salute e alle implicazioni politiche "alla radice del problema" (Coburn 2000, 2002). Un'angolazione particolare delle politiche neoliberiste e dell'economia globale basata sulle logiche di mercato non influenza solo però l'accesso alle risorse di salute, ma la concezione stessa della diversità e della disabilità, coinvolgendo il ruolo delle persone e della cultura. Da un lato il mercato riconduce le diversità alle scelte di consumo e allo stile di vita che può definire gruppi e modalità di comportamento, sottomettendolo ad una logica consumista per cui "la diversità è la nuova normalità" (Davies, 2013). Ciò nonostante la sottopone tuttavia a dispositivi di controllo sociale che richiedono l'esclusione di quei gruppi che risultano non compatibili e più dissonanti con l'idea dominante di soggettività neoliberale. Se la diversità neoliberale è caratterizzata da libera scelta e libertà d'azione, la disabilità e i "corpi medicalizzati" ne possono ben essere differenziati e tenuti separati, non saranno visti come uno stile di vita o un'identità, ma come una categoria fissa, definita da una diagnosi medica (Davis 2013, Medeghini 2015).

Sotto questo profilo, la tensione verso il superamento di ogni forma di discriminazione, verso l'affermazione delle pari opportunità e dell'eguaglianza nel diritto alla salute e nel suo esercizio non ha, quindi, a che fare solo con la rimozione delle barriere e degli svantaggi che si frappongono localmente all'accesso ai servizi e alle cure, ma richiede anche un intervento ad ampio raggio sul piano culturale e della promozione della partecipazione sociale.

Salute e diversità

L'articolo 25, richiede, come si è visto, che le cure e il trattamento a cui devono aver accesso le persone con disabilità siano sensibili alle necessità determinate dalla disabilità stessa e alle concomitanze che intrecciano la disabilità con altre differenze socialmente rilevanti, a partire dalle differenze di genere. Ampliando l'orizzonte, le condizioni in cui le persone vivono, incontrano le differenze in modo molteplice e delineano così configurazioni non riducibili alla sola presenza definitoria e categorizzante delle disabilità. Anche di fronte alle cure e ai trattamenti sanitari, come del resto per altre importanti funzioni sociali che coinvolgono la cura di sé, a partire dall'educazione, la disabilità non può essere una "categorizzazione di appartenenza" entro cui classificare e standardizzare l'approccio alla persona. I sistemi sanitari e le relazioni di cura devono invece dimostrare quella peculiare sensibilità all'intreccio delle differenze che specifica l'inflessione, la piegatura lungo la quale si qualifica la posizione personale e la sua traiettoria di sviluppo. Al di fuori di questa piegatura, la salute stessa diventa una concezione normativa, rigida, incapace di cogliere la complessità delle condizioni in cui essa prende posto e, quindi, di aprire spazi di cambiamento e ri-adattamento nella propria condizione personale.

Proprio la necessità di raccogliere l'intima connessione delle differenze e di non fermarsi ad alcuna stereotipia classificatoria, mette fortemente in discussione la validità dei sistemi di classificazione centrati sulle patologie e sulle menomazioni. In questo senso può essere letta anche l'evoluzione dell'approccio e dei modelli dell'OMS:

"In passato la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità definiva una disabilità come una conseguenza di uno stato o condizione di patologia, e quindi appartenente ad una dimensione di "problema personale" (WHO 1980, 1999). In tale prospettiva gli interventi elettivi sulla disabilità si sono mossi nell'ambito dell'implementazione di programmi di riabilitazione e quindi di pertinenza e competenza essenzialmente bio-medico-psicologica. Con la prima revisione dell'ICDH (WHO ICDH2, 1997) la stessa O.M.S. inizia una graduale, ma molto evidente, rivisitazione nel proprio orientamento che sfocerà in modo determinante nell'attuale sistema di classificazione del funzionamento della disabilità e della salute (ICF). Nella sua accezione di "modello concettuale", l'ICF sfuma la concezione precedente fino ad avvicinarsi agli assunti espressi dal modello sociale. Quest'ultimo si è sempre caratterizzato per concettualizzare la disabilità non come un attributo della persona bensì come una risultante del suo ambiente nelle diverse accezioni che possiamo dare a questo termine. Il promuovere norme a tutela delle pari opportunità, operare per la realizzazione dell'abbattimento delle barriere architettoniche (Universal Design) non sono azioni destinate alle persone con disabilità in senso stretto ma al contrario agiscono sul contesto migliorando le condizioni della qualità della vita per tutta la popolazione. L'ICF attraverso la proposta di definire la disabilità come una risultante dell'interazione tra le richieste dell'ambiente e le prestazioni di un singolo individuo realizza, dal punto di vista teorico, una prima sintesi tra i due modelli (Ricci 2002) (...) L'aderenza al modello concettuale proposto dall'ICF impone una rivisitazione delle teorie e delle pratiche di riabilitazione e apre, in modo incontrovertibile, alle prospettive, come quella della psicologia della salute che privilegiano l'analisi e l'intervento nei

contesti, valorizzano le risorse presenti e privilegiano la promozione della salute” (Ferri e Ricci, 2010). L’orizzonte culturale dei “disability studies” (Medeghini, 2013) accentuano ulteriormente la critica ad un approccio tradizionale della “rappresentazione del deficit come proprietà interna alla persona, orientando l’analisi non solo alle barriere sociali, economiche, culturali e politiche, ma anche sull’idea che tutte le persone abbiano una loro visione del mondo e modalità e strategie originali e differenti per viverci” (Medeghini 2015, pag. 11) , proponendo con sempre maggiore intensità la necessità di superare la riduzione del tema delle differenze alla classica interpretazione e rappresentazione di distanza dalla norma.

Il soggetto di fronte ai processi di cura

Nella Convenzione viene richiamata l’esigenza di “richiedere agli specialisti sanitari di prestare alle persone con disabilità cure della medesima qualità di quelle fornite agli altri, in particolare ottenendo il consenso libero e informato della persona con disabilità coinvolta, accrescendo, tra l’altro, la conoscenza dei diritti umani, della dignità, dell’autonomia, e dei bisogni delle persone con disabilità attraverso la formazione e l’adozione di regole deontologiche nel campo della sanità pubblica e privata”. Anche in questo caso, viene proposto un posizionamento del soggetto in cura che ribadisce la piena titolarità del diritto all’informazione e alla scelta. Sul terreno del diritto della persona malata, negli ultimi decenni, i sistemi sanitari, compreso quello italiano, hanno compiuto indubbiamente molti passi in avanti, anche se non sempre all’affermazione di principio della partecipazione del soggetto alla cura corrisponde poi una pratica di piena condivisione e di pieno esercizio di una scelta consapevole, talvolta lasciando prevalere l’assolvimento formale di un obbligo burocratico, rispetto al coinvolgimento sostanziale e attivo del paziente. La strada per il riconoscimento dell’autonomia del soggetto nei processi di cura è, quindi, nonostante tutto, ancora lunga e deve sostanziarsi con una capacità di riposizionamento degli operatori e dei sistemi di cura. Non basta infatti l’attuazione di pratiche di comunicazione e di assenso rispetto al singolo atto medico e sanitario: la piena autonomia del soggetto in cura, infatti, può essere rispettata e promossa solo a condizione che la persona sia al centro del processo di cura, nella sua interezza e nel riconoscimento della sua propria agentività. Per la persona con disabilità, come per tutte le altre persone, la malattia e il bisogno di rivolgersi ai sistemi sanitari, spesso costituiscono una frattura del proprio percorso di vita e mettono in discussione gli assetti intrapersonali, relazionali e sociali fino a quel punto consolidati. L’autonomia nel processo di cura consegue alla comprensione del modo in cui esso e la malattia si inscrivono entro una vicenda umana complessa e ne modificano consistentemente gli orizzonti e le prospettive. Ciò comporta, allora, che il diritto del soggetto non consista solo nella possibilità di assentire o respingere una proposta terapeutica, ma piuttosto implicano la piegatura delle pratiche di cura al riconoscimento della soggettività. Ciò a partire dall’anamnesi, dalla valutazione clinica e dalla presa in carico, in cui la persona malata, insieme all’équipe curante, deve essere protagonista e interprete della costruzione “narrativa” di una traiettoria personale tra i valori e le identità che sono messe in gioco dalle vicissitudini della salute e dall’impatto con i sistemi e le istituzioni di cura.

Vale a dire che il “consenso” non può che essere l’atto di certificazione di un percorso di consapevolezza e assunzione di responsabilità attiva rispetto alla salute, alla qualità della vita e al significato che esse assumono nelle traiettorie personali. Il personale sanitario e le équipes curanti sono accompagnatori di questo processo e non meri “esattori” di un consenso formale.

Questa necessità è vera innanzitutto, anche se non esclusivamente, per i soggetti in condizione di disabilità. La vicenda di malattia, che si aggiunge e amplifica la disabilità, incrementa la fragilità e l’esposizione di fronte ad una condizione di dipendenza verso l’altro. In queste condizioni, la malattia e il ricorso alle cure muovono spesso in una zona di confine, non sempre ben definibile, in cui vari fattori molto diversi, dalle differenze individuali nello sviluppo, alle condizioni di disagio sociale e di dropout scolastico e lavorativo, si affiancano volta a volta a problematiche dello sviluppo, della qualità della vita e dell’autonomia, dell’apprendimento e della socializzazione.

Salute, inclusione e presa in carico

Il gesto di cura, l’atto medico, devono allora essere considerati parte di un più ampio processo di “promozione e costruzione della salute” e non un mero atto ripartivo di una vicenda transitoria o di un incidente separato, isolato e avulso dalla linea di sviluppo della vicenda umana. Sotto questo profilo, l’accesso ai servizi sembra richiedere la costruzione di uno scenario integrato, in rete che, massimizzi le opportunità di intervento e minimizzi contemporaneamente i rischi iatrogeni. Tale rischio è fortemente presente in offerte di prestazioni che rischiano talvolta di imporre la definizione classificatoria di una condizione come patologica. In questo senso, l’accesso alle cure può avere come risvolto una pratica di esclusione attraverso l’oggettivazione di un disagio multidimensionale mediante la saldatura del sintomo alla persona e del disagio alla menomazione, anziché rivolgersi alla relazione tra le caratteristiche personali e le condizioni disadattive che queste incontrano nelle pratiche sociali.

A lungo hanno prevalso, rispetto alla disabilità “modelli d’intervento centrati sul binomio patologia/terapia piuttosto che salute/promozione. E’ ancora ampiamente diffusa la convinzione di pensare alla disabilità come ad una caratteristica della persona piuttosto che ad una condizione, e questo non può che assumere un carattere pervasivo e connotato negativamente per lo sviluppo della promozione della salute. L’intervento sulla disabilità è fortemente permeato dalla prospettiva bio-medica ed è diffusa la convinzione che siano necessarie in tale ambito competenze prevalentemente mediche, riabilitative ed educative” (Ferri e Ricci, 2010). In questo modo può accadere che le pratiche di cura siano anche pratiche di esclusione che contraddicono ed ostacolano il percorso evolutivo che, a partire dai primi anni di vita, deve invece essere piuttosto caratterizzato, per ciascuno, dal riconoscimento inclusivo del valore delle persone e dalla valorizzazione delle diversità (Medeghini, 2006).

Come affermano Ferri e Ricci (2010), “adottare un intervento di promozione della salute nel campo della disabilità implica l’assunzione del concetto di “presa in carico” globale dell’individuo all’interno dei contesti di vita quotidiana, agendo sulla valorizzazione delle risorse e puntando ad un innalzamento della qualità di vita di tutte le persone coinvolte”. Ciò significa che i dispositivi di presa in carico, anche e soprattutto in fase precoce, non avvengano sull’impronta di un atteggiamento riduzionista che etichetti precocemente

eterogenee situazioni di difficoltà, di rischio e di disagio come patologiche, ma che riconsegnino il soggetto alla responsabilità e alle traiettorie normali dello sviluppo. Essi devono essere piuttosto caratterizzati dalla capacità di attivare forme tempestive di attenzione da parte dei contesti evolutivi, dalla famiglia, alla scuola, al territorio e alla comunità, nelle proprie funzioni specifiche e con le proprie modalità di azione. E, coerentemente con le concettualizzazioni più recenti, la presa in carico e l'intervento sulla disabilità presuppongono in primo luogo un coinvolgimento della famiglia, "concettualizzata come competente e in grado di fronteggiare la criticità e trasformarla in un fattore di crescita e miglioramento complessivo della qualità della vita" (Ferri e Ricci 2010). Occorre cioè una focalizzazione ecosistemica della presa in carico sui punti salienti ("touchpoint") dello sviluppo considerati come snodi critici nelle traiettorie evolutive a cui concorrono il bambino e tutti i soggetti familiari, sociali, educativi e istituzionali dello scenario di sviluppo. Sotto questo profilo, ad esempio, la relazione del bambino con disabilità con i servizi sanitari deve accompagnare e inserirsi entro una più ampia offerta consulenziale e di consultazione socio-psico-pedagogica rivolta innanzitutto alla famiglia e alla scuola, orientata all'inclusione e alla individualizzazione dei percorsi evolutivi, indipendentemente dalla fisionomia del disagio e volta a massimizzare e valorizzare l'impegno delle risorse di sviluppo. Ciò richiama, sul piano delle politiche sociali e socio-sanitarie, la necessità di offrire punti di appoggio e di connessione per l'attivazione di un network supportivo delle cure "primarie" (intese in senso ampio e centrate sulla persona) non patologizzante e non emarginante, in cui alle risorse familiari e sociali si affiancano competenze e orientamenti plurali nella rete dei servizi del territorio. La rete delle "cure primarie", sotto questo profilo, è destinata a perseguire la realizzazione di un ampio spettro di offerta integrata di accesso a servizi per la famiglia e di supporto sociale che potrebbero vedere, come punto di riferimento fondamentali, ad esempio, i "centri per la famiglia" e i "servizi consultoriali", affiancati da competenze psicologiche, sociali ed educative, con funzione di bonding e di bridging nelle reti sociali.

La promozione della salute, fuori dai ghetti della "prevenzione", come terreno unificante di riferimento per l'azione consulenziale dello psicologo

Negli ultimi decenni molti psicologi hanno trovato uno spazio d'azione nei campi della prevenzione e della promozione della salute, sviluppando importanti e autorevoli prospettive di miglioramento nella tutela della salute, non sempre sufficientemente evidenziate, valutate e apprezzate.

Nel medio periodo questa azione ha finito con l'indebolirsi, senza riuscire a prendere una consistente autorevolezza ed autonomia nei sistemi, soffrendo di una relativa marginalità negli organigrammi organizzativi dei servizi. Questo è dovuto in parte al fatto che il sistema degli obiettivi di prevenzione/promozione della salute è scarsamente operazionalizzabile in sistemi di risultati e di evidenze chiaramente misurabili e univocamente attribuibili agli interventi effettuati. Una ragione risiede forse anche nella relativa semplicità tecnologica degli interventi, che non richiedendo

apparati e presidi sofisticati capaci di mobilitare attenzioni, investimenti di capitale e risorse e che non richiedono neppure complessità organizzative in grado di farsi sentire e valere a livello di sistema. Questo anche perché la promozione della salute non è in realtà riuscita a collocarsi nel proprio luogo specifico, tra la progettazione dei “sistemi” di salute e la partecipazione attiva dei diversi livelli di soggettività alla costruzione e alla gestione delle “politiche” di salute. Questo livello è presidiato piuttosto da una cultura burocratica o, nella migliore delle ipotesi, manageriale. In tal modo la prevenzione e la promozione della salute si sono (o sono state) rinchiusse entro la prospettiva più angusta degli interventi singolari, più o meno intelligenti e appropriati, ma quasi sempre sullo sfondo senza riuscire realmente a penetrare nell’immaginario, nella cultura diffusa, come parte fondante dei sistemi di salute e godendo, all’interno dei servizi e spesso nella rappresentazione degli operatori, di un prestigio marginale rispetto ai presidi professionali della diagnosi e della cura. Infine, non da ultimo, la prevenzione e la promozione della salute agiscono in contesti fortemente multidimensionali, prima ancora che multidisciplinari o multiprofessionali. Ciò rende più difficile delineare con precisione la specificità di un apparato tecnico-professionale privo di una titolarità sostantiva, di prima mano, sui processi a cui gli interventi dovrebbero essere destinati. Un esempio è certamente caratterizzato dal rapporto sempre molto complesso tra servizi e scuola rispetto ai processi di promozione-educazione alla salute, prevenzione e alla loro inevitabile intersezione con i percorsi e i processi educativi e di intrusione-apprendimento. La promozione della salute richiede una progettazione a partire dalle risorse effettivamente presenti e disponibili nel contesto. La mobilitazione deve quindi avvenire attorno a obiettivi operazionali concreti, nel tentativo di riannodare il contratto tra Scuola e servizi per dispiegare i potenziali educativi. Il documento “Costruire la salute” regola la predisposizione delle risorse e richiede l’individuazione di contenitori progettuali che si configurino come occasioni di relazione tra esperti di salute all’interno di azioni non prescrittive.

La co-costruzione di traiettorie di salute non può essere assimilata a un’operazione di “consenso informato” per un intervento agito dall’esterno: questa si configura come la regolazione burocratica di una relazione ed è permeata da un atteggiamento difensivo. Non è neppure un’adesione alle indicazioni dell’esperto. La promozione della salute non può essere dogmatica: la salute chiama in causa i concetti di autonomia, libertà, responsabilità. Punto chiave della promozione della salute è, in questa direzione, il concetto di “*Ownership*”, che potremmo tradurre come “titolarità condivisa”.

La titolarità ultima della salute sta nel soggetto la cui salute è in questione, ma è presente in ogni nodo della rete, seppur in maniera differenziata, e intreccia le titolarità familiari, sociali, territoriali, educative e dei servizi. Condurre un’azione appropriata di promozione della salute comporta innanzitutto, allora, un’appropriata analisi (psicologica) delle titolarità, al fine di evidenziare il nesso tra titolarità e soggettività e di valorizzare la componente consulenziale degli interventi. Questi ultimi, infatti, non possono consistere nella fornitura pura e semplice agli “utenti finali” di informazione sui fattori di rischio, né in interventi sostitutivi/supplenti delle

varie titolarità in gioco (ad esempio bypassando la responsabilità e le competenze proprie degli insegnanti nei contesti educativi), ma devono innanzitutto valorizzare insieme i punti di vista, le valenze, le competenze, le risorse e le soggettività che caratterizzano i diversi contesti. Ciò significa agire da moltiplicatori di prevenzione e promozione della salute attraverso l'individuazione, l'analisi e la sollecitazione consulenziale risorse nella comunità sulle problematiche della salute e dello sviluppo personale e sociale.

Anche nel campo della scuola, affinché avvenga una riappropriazione della titolarità sulla salute sono quindi necessari una riflessività sulle azioni e un riposizionamento delle competenze dei soggetti all'interno del processo educativo. La promozione della salute si muove su un territorio complesso, che prevede una titolarità plurima, che va declinata richiamando ogni soggetto alle proprie responsabilità in merito alla salute. La responsabilità va convocata, affinché sia possibile una restituzione di titolarità. La delega che spesso viene operata da parte dei soggetti (vedi paziente verso il medico o docente verso l'esperto esterno), si configura contraddittoriamente come un esercizio di titolarità e una contemporanea cessione ad altri della titolarità. E' quindi necessario ricercare il reciproco e adeguato posizionamento rispetto alle diverse titolarità. La co-costruzione, la partecipazione alla costruzione di progettualità sollecita l'assunzione di reciproche titolarità. Il processo consulenziale ha l'obiettivo di rendere esercitabile la titolarità della salute da parte dei soggetti.

In questo contesto anche gli psicologi debbono essere allora protagonisti di una forma diffusa di "apprendimento situato" entro la "comunità di pratica" degli operatori, verso l'assunzione di una comune responsabilità "co-consulenziale", a partire dal confronto sulle strategie e sulle modalità di realizzazione di concreti processi di promozione della salute nel territorio. Il posizionamento verso cui occorre muovere è di tipo consulenziale, a partire dalla costruzione di una "domanda di consulenza" condivisa e in grado di rispecchiare i bisogni e le problematiche che si incontrano sul terreno concreto della collaborazione con le scuole e, in prospettiva, con gli altri agenti di promozione della salute nel territorio.

Il ruolo della psicologia della salute nei contesti di cura: prospettive per il futuro

Al termine del capitolo, vogliamo avanzare alcune conclusioni provvisorie sul ruolo dello psicologo nei contesti ospedalieri e di cura. Si tratta di riflessioni aperte, destinate ad aprire un dibattito e non certamente a chiudere una questione.

Il percorso di riflessione sulle caratteristiche e sui processi che connotano l'organizzazione ospedaliera sembra condurre a un'ipotesi che vede la Psicologia della salute ritagliare per sé un ruolo di connessione dei soggetti che a diverso titolo il sistema ospedale chiama in gioco.

Quindi da un lato la psicologia della salute può contribuire (entro il quadro della attuale cultura organizzativa sanitaria) muovendosi attraverso cambiamenti delle politiche, adeguamenti dei servizi offerti, progetti di qualità, umanizzazione. Il ruolo della Psicologia in questo ambito potrebbe quindi rappresentare lo strumento per

chiarire valori e obiettivi dell'organizzazione e aumentare l'impegno e il senso di responsabilità del personale. Ciò può avvenire attraverso una migliore comunicazione e collaborazione tra il personale e tra le unità operative e con l'introduzione, nei "percorsi diagnostico-terapeutici" (linee guida e protocolli), di elementi che tengano conto delle diverse dimensioni della malattia e della qualità della vita della persona malata (Lazzari, 1998).

Dall'altro lato, tuttavia, l'obiettivo è quello di facilitare la creazione di modalità di collaborazione tra personale medico e paramedico, pazienti, operatori dei servizi esterni, personale amministrativo, per costruire una nuova prospettiva che valorizzi le specificità di cui ciascuno è portatore e che permetta all'istituzione di guardare con maggiore attenzione i propri processi di funzionamento. Attraverso i suoi strumenti (la ricerca-intervento partecipata, l'esplorazione e la valorizzazione delle risorse, la promozione delle culture locali e della comunità), la Psicologia della salute può sollecitare, partecipando attivamente a questo sguardo e restituendolo ai protagonisti, una lettura diversa del contesto ospedaliero e nuove prospettive per la sua organizzazione. In questo senso non si deve temere di porre all'ordine del giorno linee di orizzonte critico e riflessivo, esplorando le possibilità concrete di:

introdurre elementi consistenti di sense making organizzativo;

attivare e facilitare pratiche auto-riflessive, di consulenza reciproca e di revisione epicritica, volte a sostenere il riesame dei setting professionali;

attivare momenti di ascolto e di consulenza (sia personale sia di gruppo) e di attenzione centrata sul vissuto degli operatori e sul loro investimento affettivo ed emotivo;

revisione delle pratiche di customer satisfaction e delle intermediazioni aziendalistiche nella relazione tra operatore e paziente, e attivazione di processi di accountability centrati sulla storia dei casi, sull'analisi narrativa e fenomenologia, sulla reciprocità e sull'incontro delle diverse posizioni nel processo di cura.

Un punto importante è muovere verso una rimodulazione e una riconcettualizzazione dal concetto di cura entro un setting di tipo duale ad un concetto di multidimensional care, in cui gli operatori agiscano in termini di rete sia con altri agenti formali sia con agenti informali di supporto sociale e in cui i pazienti stessi, le relazioni familiari e sociali a cui fanno riferimento, le associazioni di auto-mutuo aiuto, i gruppi di pazienti auto-organizzati, costituiscano nodi e risorse di caring.

In questo senso può acquistare un valore significativo l'introduzione di pratiche di rete nel quadro degli itinerari di diagnosi e cura (come i processi di dimissione appropriata e di case management), ma, soprattutto, l'attivazione di pratiche critiche di riconoscimento e scambio delle rappresentazioni reciproche.

La sfida è certamente impegnativa, ma in consonanza con la sensazione che la Psicologia della salute potrà onorare veramente il proprio compito solo se sarà disponibile non solo a modulare la propria presenza nelle relazioni di potere esistenti, ma anche se darà un contributo credibile ad attivare significativi processi di cambiamento alla radice di quelle stesse relazioni. Per far questo la Psicologia della salute avrà certamente bisogno di affinare le sue stesse capacità critiche e riflessive, adeguando ad esse il proprio patrimonio teorico e operativo.

LO PSICOLOGO DI BASE E LA COLLABORAZIONE CON IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
Un'ulteriore sfida è rappresentata dalla prospettiva di affiancamento dello psicologo al medico di medicina generale nell'ambito delle cosiddette "cure primarie", cu cui è ormai da qualche tempo aperto un importante dibattito, nel nostro Paese, soprattutto per merito di Luigi Solano e Mario Bertini (Bertini, 2012; Solano, 2011) e oggetto di una proposta di Legge nel febbraio 2010 che, pur tra molti limiti e contraddizione, è sembrata mettere all'ordine del giorno l'istituzione di questa nuova figura professionale.

La sperimentazione più significativa ad oggi realizzata sulla questione è a tutt'oggi rappresentata dal lavoro di Luigi Solano (Tomassoni, Iacarella, Solano, 2002; Solano e Fayella, 2007; Solano, Pirrotta, Ingravalle., Fayella, 2009; Solano, Pirrotta, Boschi, Cappelloni, D'Angelo, Pandolfi, 2010; Solano, 2011).

Le radici della proposta di Solano risalgono alla lettura dello storico testo di Balint, "Medico, Paziente e Malattia", in cui appariva evidente quanta domanda psicosociale, sotto forma di sintomi somatici o anche diretta, giungesse al medico di base, e come molto spesso la risposta del medico finisse per essere la prescrizione di farmaci o di analisi di cui per primo riconosceva la dubbia utilità. Appariva anche evidente come fosse possibile dare una risposta adeguata, con risultati di grande efficacia, soltanto utilizzando profonde competenze di tipo psicologico, che in quel caso venivano fornite mediante uno straordinario lavoro di supervisione ai medici. Nell'epoca attuale, la divaricazione tra medicina e psicologia sembra essere ben maggiore, e molto maggiori sono le competenze da acquisire in entrambi gli ambiti. Per questo, la proposta formulata ed attuata da Solano si è mossa nella direzione di sperimentare un'integrazione tra competenze mediche e psicologiche che avvenisse non nella stessa persona, ma attraverso la collaborazione di due professionisti. La sperimentazione ha, infatti, comportato l'introduzione di uno "Psicologo di Base" in una dimensione di collaborazione congiunta a fianco del medico presso lo studio di medicina generale di base, allo scopo di offrire un approccio globale alle richieste dei pazienti, senza la necessità né di un invio specifico, né di una specifica domanda psicologica, entrambe di assai difficile realizzazione, anche data la persistenza di un fortissimo pregiudizio sociale che fa sì che si ricorra ad uno psicologo quasi sempre con grandissimo ritardo rispetto all'insorgenza dei problemi, come testimoniato da diverse ricerche (Balint, 1957; Katon, 1985; Magill, Garrett, 1988; European Study of Epidemiology of Mental Disorders, 2011). L'incontro tra questi due professionisti, operanti in sinergia all'interno dello stesso ambulatorio, attraverso una relazione del tipo co-locata e integrata secondo la classificazione di Blount (2003), ha l'obiettivo di dar vita a un nuovo e più efficace approccio alla salute psico-fisica e al benessere dei pazienti che si rivolgono al medico di base, un approccio che consenta di guardare al paziente nella sua totalità di persona, in un'ottica bio-psico-sociale, in accordo con le disposizioni dell'OMS. Lo scopo del progetto non è di occuparsi del disagio psichico esplicito, che deve trovare accoglienza nei servizi specialistici, ma di esplorare il significato di qualunque richiesta, in qualunque modo venga espressa, nel contesto della situazione relazionale presente e passata del paziente e nel contesto del suo ciclo di vita. Lo

scopo generale del lavoro è stato altresì quello di raccogliere le domande non esplicitate dei pazienti nei loro possibili risvolti psicosociali ed individuare percorsi per accoglierle e soddisfarle. Più nello specifico, le finalità perseguite sono:

Favorire l'individuazione e l'ascolto, a diversi livelli, delle domande portate nell'ambulatorio del medico di base.

Individuare e promuovere stili e modalità relazionali tra medico e paziente funzionali a facilitare tutte le fasi del processo di cura.

Ipotizzare interventi di Psicologia della Salute che permettano un'individuazione più accurata delle domande portate dai pazienti, che forniscano una risposta adeguata a queste, che favoriscano una migliore relazione medico-paziente. Rispetto a ciò, è importante sottolineare come tali interventi non debbano necessariamente coinvolgere il paziente o il medico in prima persona, ma possano rivolgersi al livello istituzionale, organizzativo, normativo e comunitario.

Limitare analisi inutili e trattamenti farmacologici inappropriati, fonte di cronicizzazione dei disturbi dei pazienti e di notevole spesa per il SSN.

Arginare una crescente insoddisfazione del medico nei confronti della propria professione, sempre più deprivata degli aspetti legati al "prendersi cura" in favore del tecnicismo.

L'esperienza orvietana è frutto di un accordo, operante dal 2000, tra Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università di Roma "La Sapienza", sede di Orvieto e Distretto Sanitario Socio-Sanitario n. 3 di Orvieto della ASL n. 4 Regione Umbria. L'accordo prevede la presenza di alcuni Psicologi specializzandi in Psicologia della Salute ciascuno presso lo studio un Medico di Base del Distretto, per un giorno fisso la settimana, previa affissione di un cartello che informa i pazienti dell'iniziativa e chiarisce che esiste sempre la possibilità di chiedere di incontrare soltanto il proprio medico. La metodologia adottata entro il contesto dell'esperienza attuata presso la Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma, ha previsto per lo psicologo le seguenti azioni:

Accogliere ogni paziente che si presenta allo studio insieme al medico.

Osservare la modalità di instaurare la relazione da parte di ogni paziente.

Discutere con il medico i casi osservati appena possibile.

Svolgere interventi esplorativo-chiarificatori nei confronti del paziente, nel contesto della visita ambulatoriale.

In alcuni casi, limitati e selezionati, svolgere un'ulteriore esplorazione attraverso colloqui in separata sede.

In alcuni di questi casi, organizzare un invio a servizi specialistici di Salute Mentale.

Partecipare ad incontri periodici con un docente della Scuola di Specializzazione, sia con gli Psicologi che con i Medici.

Lo scopo della presenza dello Psicologo non è primariamente quello di curare le persone, ma è quello di sforzarsi di dare un senso in ogni caso al disturbo portato dal paziente, sia nella sfera psichica che in quella somatica, all'interno della sua situazione relazionale e di ciclo di vita. Questo in quanto pare nella maggior parte dei casi sufficiente ad arrestare un percorso medico che porta a spese inutili, a un'etichetta di malato, o addirittura, quando la persona non trova ascolto, ad

un'escalation di disturbi sempre più gravi. Il senso primario del lavoro è far sì che la persona esca dallo studio medico non ritenendo di avere una malattia, bensì pensando di avere un problema. La copresenza di medico e psicologo, in questi anni di esperienza a partire da tali assunti teorici e da tali prospettive, non si è tradotta in una separazione di competenze tra professionisti, bensì ha favorito l'integrazione e l'interazione tra questi. Anche alla luce di ciò, i principali punti di forza dell'esperienza sembrano essere stati:

La possibilità di intervenire in tempi molto precoci rispetto al primo emergere di una sintomatologia.

La possibilità di intervenire all'interno dei momenti di passaggio evolutivo: (adolescenza, ingresso all'università, matrimonio, genitorialità, pensionamento).

La possibilità di intervenire in tempo reale su crisi accidentali (crisi coniugali e lavorative, perdita o malattia di persone significative).

La possibilità di assegnare al sintomo un significato di segnale rispetto ad una condizione di vita insoddisfacente, e non soltanto di un disagio da eliminare.

L'esperienza di collaborazione tra psicologo e medici di base in provincia di Bergamo

Alla luce dell'esperienza di Luigi Solano e in continuità con essa, pare tuttavia necessario che la proposta di collaborazione tra medici di assistenza primaria e psicologi si confronti con la varietà dei sistemi sanitari, socio-sanitari e assistenziali che caratterizzano le diverse realtà territoriali nel nostro Paese.

Uno studio pilota avviato nella Provincia di Bergamo intende porre attenzione alla possibilità di collocare tale collaborazione entro il sistema di relazioni tra soggetti istituzionali e realtà professionali che caratterizza la rete territoriale dei servizi. La sperimentazione di un servizio di psicologia entro uno studio medico associato di assistenza primaria in tre Comuni dell'ambito territoriale del Basso Sebino (Adrara San Martino, Adrara San Rocco e Viadanica), avviata all'inizio del 2013, è stata preceduta da una concertazione a livello territoriale tra i diversi attori istituzionali (Comunità Montana e Ambito del Basso Sebino, ASL, Università) e si definisce per i seguenti aspetti:

Focalizzazione sulle problematiche della famiglia e sugli eventi positivi, critici e trasformativi nel ciclo di vita (nascita, touchpoint e problematiche dello sviluppo, esperienza della malattia, life skills e valorizzazione delle risorse personali e sociali);
Integrazione delle informazioni, attivazione delle risorse e degli interventi a livello sanitario, socio-sanitario e sociale;

Centralità della promozione della salute nella rete dei servizi a livello territoriale.

La presenza dello psicologo in stretta collaborazione con i medici di assistenza primaria prevede l'attivazione di una rete strutturata di contatti e sinergie con i professionisti attivi nella realtà locale (a livello di ambito e provinciale), facendo perno sulla realtà dei Consultori Familiari, nel tronco di una riflessione in atto sulla riorganizzazione degli stessi nell'area sanitarie e sociosanitaria nella Regione Lombardia (Libro Bianco 2014).

In sintesi, il percorso ha previsto, fino ad oggi, i seguenti momenti:

Contatto e sinergia con l'Ambito relativamente all'individuazione di situazioni, sul territorio, pronte ad accogliere la prospettiva sopra descritta.

Serata di presentazione alla popolazione degli assistiti dei comuni di Adrara San Martino, Adrara San Rocco e Viadanica, alla presenza dei tre medici di assistenza primaria coinvolti, della responsabile dell'Ufficio di Piano del Basso Sebino, del Responsabile scientifico del progetto e dello psicologo coinvolto nel percorso di ricerca-intervento.

Ricerca trasversale a tutto il periodo d'azione, che si traduce in una sistematica raccolta di dati relativi alla composizione della popolazione assistita, alle caratteristiche anagrafiche e demografiche delle persone che accedono all'ambulatorio del medico di assistenza primaria, ai bisogni portati, alla configurazione dei servizi attivi, alla rete presente sul territorio e alle sinergie costruite o da implementare.

Presenza dello psicologo negli ambulatori dei medici di assistenza primaria distribuiti sui tre Comuni coinvolti, con funzione di consulenza al medico in particolare sui casi maggiormente complessi, anche in interazione ed integrazione con il territorio e le strutture assistenziali sanitarie e sociali di riferimento.

Disponibilità dello psicologo per percorsi di consultazione psicologica, gratuiti per i cittadini, da svolgersi nell'ambulatorio dei medici, con l'obiettivo di accompagnare la persona entro la propria traiettoria di vita ed entro una rete integrata di servizi, restituendo, infine, la responsabilità principale e la posizione centrale nell'assetto di cura al medico stesso, interlocutore privilegiato per il paziente.

Al termine della sperimentazione nel dicembre 2013, le parti coinvolte in sede di verifica, hanno esplicitato una ricaduta positiva in termini di modalità innovativa di presa in carico delle situazioni problematiche pervenute ai Medici di Assistenza Primaria e di risposte complesse ai bisogni bio-psico-sociali evidenziati dai pazienti. Positivo ed immediato è stato infatti il riscontro della popolazione a tale progetto, che, da sperimentale, ambisce a diventare un servizio continuativo nel tempo e strutturato entro la Comunità. L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Basso Sebino, dove è stato illustrato l'esito della sperimentazione, ha riconosciuto un interesse per l'intero ambito legato al progetto e approvato la prosecuzione per l'anno 2014 e, successivamente, per l'attuale 2015. Si è prevista, perciò, la presenza dello Psicologo per almeno due giorni la settimana presso gli ambulatori dei Medici di Assistenza Primaria già coinvolti. Gli orari di presenza, concordati con i Medici anche sulla base delle loro esigenze, hanno garantito in modo continuativo la presenza dello Psicologo nei tre ambulatori, l'affiancamento ai tre Medici e la disponibilità per percorsi di consultazione psicologica individuali in favore degli assistiti.

Il numero di persone incontrate nel corso delle visite (più di 1000 nel corso dei due anni di sperimentazione) rappresenta una quota significativa di popolazione se rapportata al numero totale di persone residenti nei tre Comuni coinvolti (4000 persone circa, a cui vanno sottratti i minori, afferenti per età al Pediatra di Libera Scelta). Le tematiche toccate nel corso delle visite, e poi riprese come focus centrale dei colloqui psicologici, non si orientano solo a questioni di carattere psicologico individuale, ma vadano anche a toccare, in accordo con il pensiero di fondo relativo

alla territorializzazione della cura, scenari relazionali, sociali e comunitari. Si sottolinea, inoltre, in consonanza con la valorizzazione di uno stretto legame fra medico e psicologo della salute, come tutti gli assistiti che hanno avviato poi un percorso di consultazione psicologica, l'abbiamo preliminarmente condiviso con il medico e con lo psicologo insieme, così da fondare il percorso di assistenza e di cura in quell'integrazione di sguardi e professionalità su cui si ancora la prospettiva di lavoro congiunta. La composizione anagrafica dell'utenza è risultata, inoltre, varia, tanto da far pensare all'utilità della proposta per tutte le fasce d'età, che nel contesto della famiglia, si trovano ad affrontare differenti processi evolutivi e far fronte a tappe di sviluppo specifiche. Infine, per ciò che concerne gli invii, si ritiene utile sottolineare come essi siano derivati sempre da un lavoro di concerto tra medico e psicologo, collocando al centro il bisogno della persona e mantenendo quel legame, anche dopo l'invio stesso, che consentisse di non perdere l'attenzione sulla traiettoria di salute dell'assistito .

Lo psicologo di base nella territorializzazione-integrazione dei servizi di assistenza primaria e promozione della salute nella prospettiva di comunità.

Vi è infine un ulteriore livello di analisi che la sperimentazione di Bergamo consente di mettere in gioco, almeno in prospettiva. Esso è, specificamente, il livello della territorializzazione dello psicologo nella comunità e nell'architettura sociale dei servizi. Ancora una volta, si tratta di cogliere fino in fondo la prospettiva e la sfida ad una convocazione della psicologia, a cui si può rispondere solo mettendo alla prova e cercando di riposizionare i propri strumenti e la propria tradizione alla nuova configurazione dei problemi a cui occorre affacciarsi.

Lo psicologo di base, da questo punto di vista, non può limitarsi a rintracciare uno spazio più o meno angusto nell'ambulatorio del medico, né a delineare criteri e modalità di invio, come mera operazione di estensione del "mercato" della psicoterapia, strade che purtroppo sembrano caratterizzare alcune esperienze frettolose anche sul territorio nazionale. Si tratta invece di intercettare un movimento processuale complessivo di riterritorializzazione e integrazione delle forme di assistenza, ridisegnando in questa dimensione la configurazione professionale del cosiddetto psicologo di base.

La territorializzazione e l'integrazione dei servizi comportano una capacità di stare nel sistema delle committenze e delle titolarità che assicurano un'integrata presa in carico e un accompagnamento delle persone la cui salute è in questione, nell'arco di vita e lungo la realizzazione di un "progetto di vita", in cui il singolo soggetto può esercitare la propria titolarità. Lo psicologo della salute può candidarsi a costituire una figura di integrazione, il filo in grado di connettere i nodi di una rete complessa di persone, servizi, sguardi e attenzioni, impegnato a sollecitare le risorse del territorio, valorizzando le culture locale e familiari della cura, promuovendo posizionamenti personali attivi, consapevoli e autonomi, capaci di ampliare i gradi di libertà e i livelli di responsabilità personale nel più ampio contesto di comunità. L'assunzione dei concetti di autonomia come capacità di autodeterminazione e di azione trasformativa come fattore istituyente della soggettività non può, infatti, che richiamare l'attenzione sulle dimensioni politiche e socio economiche come premesse indispensabili per la

realizzazione di un progetto di progressiva implementazione della salute dei singoli e delle comunità stessa. Come già più volte ribadito anche nel presente volume, l'accesso alle risorse socioculturali, come il supporto sociale, la qualità dell'ambiente fisico e sociale, la presenza di servizi, la fiducia nella coesione sociale, sono fattori significativi ed imprescindibili nei processi di costruzione della salute, specialmente a livello dell'assistenza primaria.

Qui vuole risiedere l'originalità della nostra esperienza in costruzione nel territorio della provincia di Bergamo. Essa ha una propria consistenza intrinseca nella rispondenza ad un bisogno di integrazione dell'attenzione alla salute che si qualifica per la partecipazione protagonista del territorio e della sua espressione politica nell'Assemblea dei Sindaci e dell'Ambito, per la costruzione di una prospettiva progettuale, attraverso una riflessione con i dirigenti della Azienda Sanitaria Locale, anche in sintonia con le ipotesi di riorganizzazione in atto dei servizi sanitari e sociosanitari nel territorio della Lombardia. Al momento la discussione, che pure sembra entrata in una fase conclusiva, sembra ancora aperta su alcuni punti cruciali e molti dispositivi non sono ancora chiaramente definiti. In particolar modo poca chiarezza sembra esserci anche per quanto riguarda la collocazione della figura e il ruolo dello psicologo, cui non sempre le diverse espressioni della professione sono in grado di offrire soluzioni appropriate e, per quanto ci riguarda, in linea con un coerente e organico pensiero nella psicologia della salute, scontando un'assenza di attenzione e di riflessione che sappia ricondurre le pur ricche pratiche presenti sul territorio ad un'integrazione di visione, di rappresentazione della professione, della domanda sociale e della necessaria apertura multi- o, come ci piace pensare, ultradisciplinare. Ancora una volta la psicologia, anziché proporre la propria agenda di discussione, sembra arrivare alla scadenza senza una agenda chiara e con posizioni frammentarie che, nonostante alcuni lodevoli sforzi di integrazione da parte dell'OPL, faticano a far valere la propria voce e, soprattutto, a delineare un quadro chiaro, organico, progressivo e utile ai cittadini. Sul disegno generale della riforma, comunque, molti aspetti possono lasciare ampio spazio a dubbi e perplessità sui piani di attuazione e sulla governance del sistema. Non è qui il caso di aprire una discussione; preme tuttavia rimarcare che essa muove verso un sistema di territorializzazione in cui le prospettive e i sistemi sanitari, socio-sanitari, sociali ed educativi cercano di incontrarsi in una prospettiva di comunità e di promozione sociale. Ampio spazio viene dato perciò (salvo vedere nel concreto quali dispositivi verranno messi in atto) alla prevenzione e alla promozione della salute e alla costruzione di figure e momenti di integrazione tra servizi. Sarebbe importante che la psicologia non si facesse trovare ancora una volta su posizioni di retroguardia e non guardasse sempre alla prospettiva con un ritardo nelle parole d'ordine (come potrebbe anche essere quella dello psicologo di base) che rischierebbe di lasciarla nuovamente senza la possibilità di giocare pienamente una partita significativa. Resta tutto da vedere se possa farlo senza quel riposizionamento epistemologico, metodologico e operativo e di ricostruzione sociale della propria professionalizzazione, la cui esigenza abbiamo cercato di segnalare con questo libro.

In linea con queste riflessioni, la scelta di agire la proposta della territorializzazione dello psicologo nell'assistenza primaria, nella nostra esperienza, si affianca alla predisposizione, nello stesso territorio, di una tensione all'integrazione e all'intersezione tra diversi servizi e con una prospettiva, per lo psicologo, di integrare la propria posizione nei repertori della promozione della salute, come abbiamo cercato di delinearli nelle pagine di questo volume. Così, anche facendo leva sulla prossimità degli spazi e delle culture, l'esperienza muove nel quadro di una relazione strutturale dell'Università di Bergamo col territorio e, in particolare, con alcuni Ambiti territoriali, su ulteriori pilastri strutturali che affiancano ed integrano l'esperienza della collaborazione tra medici di medicina generale e servizio sociale:

collaborazione per il rafforzamento e la qualificazione integrata del servizio di segretariato sociale, come luogo di rilevazione e promozione della domanda sociale di salute;

promozione di un ruolo di collaborazione dello psicologo col servizio di assistenza sociale più centrato sulla costruzione di sinergie con le diverse realtà che operano sul territorio nel settore sociale, letto in termini allargati (comprendendo anche le aree culturali, istruzione e sport), per la costruzione di comunità solidali;

potenziamento del ruolo di costruzione dei progetti personalizzati e accompagnamento dei cittadini in condizione di fragilità sociale nel percorso di superamento della situazione di svantaggio; sviluppo di azioni di sensibilizzazione della comunità locale sull'evoluzione della domanda sociale in valle attraverso la rilettura delle specificità dei singoli comuni;

integrazione di prestazioni psicologiche finalizzate all'accompagnamento sia nella fase di lettura del bisogno che di rielaborazione della condizione di disagio sociale;

potenziamento della funzione di presa in carico personalizzata con assunzione di un ruolo, da parte dello psicologo e dell'assistente sociale, di regia della fase di progettazione e attuazione e con la messa a disposizione di figure professionali diversificate in base al bisogno sociale accolto.

Fondamentale al riguardo sarà l'attivazione di "gruppi di progetto personalizzato" che oltre all'utente vedano anche la partecipazione delle risorse professionali e territoriali (medico, psicologo, educatori) a fianco e nel coordinamento col servizio di assistenza sociale.

Queste iniziative si collocano in una collaborazione strategica orientata a fornire una base intenzionale di intervento e di supporto alla governance che, ad esempio, sia in grado di costituire una rete intenzionale tra i diversi soggetti istituzionali, e territoriali che concorrono, nei diversi livelli, alla definizione delle politiche sanitarie e sociali:

Contribuire a condurre una corretta analisi della domanda, in grado di rilevare il panorama delle risorse, delle aspettative, delle "Culture Locali".

Elaborare strumenti di sollecitazione e di maturazione dei processi partecipativi, in modo da rendere disponibili risorse sociali diffuse, riconoscendo un ruolo di primo piano agli stakeholders e, in prospettiva, promuovendo una cittadinanza co-protagonista e co-intelligente di un itinerario in cui gli obiettivi sono comuni e condivisi, anche se i ruoli e le responsabilità sono mantenute rigorosamente distinte.

Affiancare ad una doverosa analisi dei bisogni, condotta con strumenti tecnici appropriati, un piano di “promozione sociale” della domanda, anche attraverso la messa in azione di dispositivi metodologici puntuali in grado di valorizzare risorse importanti della convivenza sociale, quali il senso di comunità, l’empowerment, la rete comunicativa, il supporto sociale. Seguendo questa strategia che mira insieme alla valutazione e alla valorizzazione delle risorse della comunità, si può favorire la maturazione di una “comunità competente”, in grado cioè di promuovere una migliore qualità della vita.

Valutare sistematicamente l’impatto positivo o negativo degli interventi relativi al pianificazione territoriale, degli interventi assistenziali e sociosanitari, integrati nelle politiche sanitarie, abitative, del lavoro e della formazione, sulle relazioni sociali e sui profili della comunità, cioè sul “landscape” personale, sociale e culturale che caratterizza il territorio.

Valutare e monitorare, a breve e lungo termine, i risultati degli interventi sia in termini di efficacia sia in termini del contributo che gli interventi sono in grado di apportare sulla coesione sociale e sul vissuto soggettivo dei cittadini.

Lo psicologo di base deve costruire progressivamente una propria traiettoria professionale nell’assistenza primaria così integrata e ampliata nella territorializzazione dei sistemi sanitari e socioassistenziali e agire in essi la prospettiva della promozione della salute e dello sviluppo di comunità. Occorre cioè ridisegnare, in uno sforzo di progettazione e di riflessione partecipata con i soggetti di sistema, la collocazione professionale dello psicologo e la sua fisionomia istituzionale. Da qui probabilmente occorrerebbe partire per una riflessione di sistema e non dalla ricerca di improbabili equilibri tra posizioni consolidate in un panorama ormai obsoleto e di retroguardia.

CONCLUSIONI

Appare perciò evidente l’intento di ritagliare per la Psicologia della Salute uno spazio di azione professionale nel contesto dei servizi di salute pubblica; tale intento, peraltro, viene sviluppato in termini sia complementari sia comparativi rispetto ai posizionamenti professionali più consolidati, quali quelli medici e socio-assistenziali. La proposta dello psicologo di base non potrà allora scimmiettare una figura di un professionista ambulatoriale chiuso entro la prospettiva clinica (che la medicina stessa sta cercando di superare territorializzando la figura del Medico di medicina generale). In questa direzione, da più parti si sollecita l’esigenza di far uscire la psicologia, anche nella sua accezione “clinica”, dall’ambito ristretto della cosiddetta salute mentale, vuoi per favorire la costruzione di una clinical health psychology in grado di riposizionarsi nel più ampio e promettente ambito delle professioni di salute in generale (Weinman, O’Carroll, Patrie, 2011; Bosio, 2014), vuoi per perseguire invece un più ampio e comprensivo orizzonte per la promozione della salute nella comunità e nel territorio con una inedita e concreta ricollocazione in una ampia gamma di intenzionalità interistituzionali. In accordo con ciò, la linea della promozione della salute, contrapposta alla terapia focalizzata su patogenesi e morbilità, ha il doppio vantaggio non solo di facilitare la domanda, liberando l’immaginario delle persone dallo stigma della patologia mentale ed ampliando i gradi di libertà, ma anche di

arricchire l'offerta, in quanto il concetto di promozione, per sua natura, si rivolge non solo alla fascia particolare di quelli che si ritengono malati, ma a tutta la popolazione (Bertini, 2014). A partire dal momento della nascita, nei primi incontri relazionali, fino alle ultime fasi della vita, quando la persona si confronta con la realtà della vecchiaia e la prospettiva della morte, sono molti i nodi cruciali in cui la promozione del benessere può trovare una specifica domanda di applicazione e vedere nei professionisti dell'assistenza primaria e dei servizi del territorio, un riferimento in grado di comprendere e valorizzare i posizionamenti soggettivi entro l'intera traiettoria di vita.

Lo psicologo di base si presenta dunque, in quest'ottica, più come uno "psicologo generale" che come uno "specialista", al servizio del progetto di vita delle persone e delle famiglie in una prospettiva di sviluppo di comunità consapevole, responsabile e solidale. Ciò in quell'ottica trasformativa, capace di muovere nella direzione della possibilità per il soggetto di governare i propri processi di cura, non più circoscritti alla sola dimensione dell'ambulatorio, ma aperti alla prospettiva di rete tra servizi sociali e sanitari attraverso sussidiarietà, dinamiche di comunità e pratiche di salute. Solo alla luce di tali attenzioni pare possibile riqualificare le cure primarie in senso promotivo, connotandole in riferimento al modo in cui ciascuna persona sviluppa le abilità e le competenze a mantenere e a migliorare la propria salute, ad esplicitare in modo soddisfacente le proprie attività entro il progetto di vita, nei touchpoint del proprio sviluppo e nella vita sociale.

Psicologia di territorio, Psicologo di base o psicologo per la promozione della salute nella comunità?

Lo psicologo nella territorializzazione-integrazione dei servizi di assistenza primaria e promozione della salute nella prospettiva di comunità. - Oltre lo "psicologo di base"

Vi è un livello di analisi che la sperimentazione di Bergamo consente di mettere in gioco, almeno in prospettiva. Esso è, specificamente, il livello della territorializzazione dello psicologo nella comunità e nell'architettura sociale dei servizi. Ancora una volta, si tratta di cogliere fino in fondo la prospettiva e la sfida a una convocazione della psicologia, a cui si può rispondere solo mettendo alla prova e cercando di riposizionare i propri strumenti e la propria tradizione alla nuova configurazione dei problemi a cui occorre affacciarsi.

Lo psicologo di base, da questo punto di vista, non può limitarsi a rintracciare uno spazio più o meno angusto nell'ambulatorio del medico, né a delineare criteri e modalità di invio, come mera operazione di estensione del "mercato" della psicoterapia, strade che purtroppo sembrano caratterizzare alcune esperienze frettolose anche sul territorio nazionale. Si tratta invece di intercettare un movimento processuale complessivo di riterritorializzazione e integrazione delle forme di assistenza, ridisegnando in questa dimensione la configurazione professionale del cosiddetto psicologo di base.

La territorializzazione e l'integrazione dei servizi comportano una capacità di stare nel sistema delle committenze e delle titolarità che assicurano un'integrata presa in carico e un accompagnamento delle persone la cui salute è in questione, nell'arco di vita e lungo la realizzazione di un "progetto di vita", in cui il singolo soggetto può esercitare la propria titolarità. Lo psicologo della salute può candidarsi a costituire una figura di integrazione, il filo in grado di connettere i nodi di una rete complessa di persone, servizi, sguardi e attenzioni, impegnato a sollecitare le risorse del territorio, valorizzando le culture locale e familiari della cura, promuovendo posizionamenti personali attivi, consapevoli e autonomi, capaci di ampliare i gradi di libertà e i livelli di responsabilità personale nel più ampio contesto di comunità. L'assunzione dei concetti di autonomia come capacità di autodeterminazione e di azione trasformativa come fattore istituyente della soggettività non può, infatti, che richiamare l'attenzione sulle dimensioni politiche e socio economiche come premesse indispensabili per la realizzazione di un progetto di progressiva implementazione della salute dei singoli e delle comunità stessa.

Come già più volte ribadito, l'accesso alle risorse socioculturali, come il supporto sociale, la qualità dell'ambiente fisico e sociale, la presenza di servizi, la fiducia nella coesione sociale, sono fattori significativi e imprescindibili nei processi di costruzione della salute, specialmente a livello dell'assistenza primaria.

Qui vuole risiedere l'originalità della nostra esperienza in costruzione nel territorio della provincia di Bergamo. Essa ha una propria consistenza intrinseca nella rispondenza a un bisogno di integrazione dell'attenzione alla salute che si qualifica per la partecipazione protagonista del territorio e della sua espressione politica nell'Assemblea dei sindaci e dell'Ambito, per la costruzione di una prospettiva progettuale, attraverso una riflessione con i dirigenti della Azienda sanitaria locale, anche in sintonia con le ipotesi di riorganizzazione in atto dei servizi sanitari e socio-sanitari nel territorio della Lombardia. Al momento la discussione, che pure sembra entrata in una fase conclusiva, sembra ancora aperta su alcuni punti cruciali e molti dispositivi non sono ancora chiaramente definiti.

In particolar modo poca chiarezza sembra esserci anche per quanto riguarda la collocazione della figura e il ruolo dello psicologo, cui non sempre le diverse espressioni della professione sono in grado di offrire soluzioni appropriate e, per quanto ci riguarda, in linea con un coerente e organico pensiero nella psicologia della salute, scontando un'assenza di attenzione e di riflessione che sappia ricondurre le pur ricche pratiche presenti sul territorio a un'integrazione di visione, di rappresentazione della professione, della domanda sociale e della necessaria apertura multi- o, come ci piace pensare, ultradisciplinare. Ancora una volta la psicologia, anziché proporre la propria agenda di discussione, sembra arrivare alla scadenza senza una agenda chiara e con posizioni frammentarie e un tatticismo miope che, nonostante alcuni lodevoli sforzi di integrazione da parte dell'OPL, faticano a far valere la propria voce e, soprattutto, a delineare un quadro chiaro, organico, progressivo e utile ai cittadini. Sul disegno generale della riforma, comunque, molti aspetti possono lasciare ampio spazio a dubbi e perplessità sui piani di attuazione e sulla *governance* del sistema. Non è qui il caso di aprire una discussione; preme tuttavia rimarcare che essa muove verso un sistema di

territorializzazione in cui le prospettive e i sistemi sanitari, socio-sanitari, sociali ed educativi cercano di incontrarsi in una prospettiva di comunità e di promozione sociale. Ampio spazio viene dato perciò (salvo vedere nel concreto quali dispositivi verranno messi in atto) alla prevenzione e alla promozione della salute e alla costruzione di figure e momenti di integrazione tra servizi. Sarebbe importante che la psicologia non si facesse trovare ancora una volta su posizioni di retroguardia e non guardasse sempre alla prospettiva con un ritardo nelle parole d'ordine (come potrebbe anche essere quella dello psicologo di base) che rischierebbe di lasciarla nuovamente senza la possibilità di giocare pienamente una partita significativa.

Resta tutto da vedere se possa farlo senza quel riposizionamento epistemologico, metodologico e operativo e di ricostruzione sociale della propria professionalizzazione, la cui esigenza abbiamo cercato di segnalare. In linea con queste riflessioni, la scelta di agire la proposta della territorializzazione dello psicologo nell'assistenza primaria, nella nostra esperienza, si affianca alla predisposizione, nello stesso territorio, di una tensione all'integrazione e all'intersezione tra diversi servizi e con una prospettiva, per lo psicologo, di integrare la propria posizione nei repertori della promozione della salute. Così, anche facendo leva sulla prossimità degli spazi e delle culture, l'esperienza muove nel quadro di una relazione strutturale dell'Università di Bergamo col territorio e, in particolare, con alcuni Ambiti territoriali, su ulteriori pilastri strutturali che affiancano e integrano l'esperienza della collaborazione tra medici di medicina generale e servizio sociale:

- collaborazione per il rafforzamento e la qualificazione integrata del servizio di segretariato sociale, come luogo di rilevazione e promozione della domanda sociale di salute;
- promozione di un ruolo di collaborazione dello psicologo col servizio di assistenza sociale più centrato sulla costruzione di sinergie con le diverse realtà che operano sul territorio nel settore sociale, letto in termini allargati (comprendendo anche le aree culturali, istruzione e sport), per la costruzione di comunità solidali;
- potenziamento del ruolo di costruzione dei progetti personalizzati e accompagnamento dei cittadini in condizione di fragilità sociale nel percorso di superamento della situazione di svantaggio; sviluppo di azioni di sensibilizzazione della comunità locale sull'evoluzione della domanda sociale nel territorio attraverso la rilettura delle specificità dei singoli comuni;
- integrazione di prestazioni psicologiche finalizzate all'accompagnamento sia nella fase di lettura del bisogno che di rielaborazione della condizione di disagio sociale;
- potenziamento della funzione di presa in carico personalizzata con assunzione di un ruolo, da parte dello psicologo e dell'assistente sociale, di regia della fase di progettazione e attuazione e con la messa a disposizione di figure professionali diversificate in base al bisogno sociale accolto.

Fondamentale al riguardo sarà l'attivazione di "gruppi di progetto personalizzato" che oltre all'utente vedano anche la partecipazione delle risorse professionali e territoriali (medico, psicologo, educatori) a fianco e nel coordinamento col servizio di assistenza sociale.

Queste iniziative si collocano in una collaborazione strategica orientata a fornire una

base intenzionale di intervento e di supporto alla *governance* che, per esempio, sia in grado di costituire una rete intenzionale tra i diversi soggetti istituzionali, e territoriali che concorrono, nei diversi livelli, alla definizione delle politiche sanitarie e sociali:

- contribuire a condurre una corretta analisi della domanda, in grado di rilevare il panorama delle risorse, delle aspettative, delle “culture locali”;
- elaborare strumenti di sollecitazione e di maturazione dei processi partecipativi, in modo da rendere disponibili risorse sociali diffuse, riconoscendo un ruolo di primo piano agli stakeholder e, in prospettiva, promuovendo una cittadinanza co-protagonista e co-intelligente di un itinerario in cui gli obiettivi sono comuni e condivisi, anche se i ruoli e le responsabilità sono mantenute rigorosamente distinte;
- affiancare a una doverosa analisi dei bisogni, condotta con strumenti tecnici appropriati, un piano di “promozione sociale” della domanda, anche attraverso la messa in azione di dispositivi metodologici puntuali in grado di valorizzare risorse importanti della convivenza sociale, quali il senso di comunità, l’*empowerment*, la rete comunicativa, il supporto sociale. Seguendo questa strategia che mira insieme alla valutazione e alla valorizzazione delle risorse della comunità, si può favorire la maturazione di una “comunità competente”, in grado cioè di promuovere una migliore qualità della vita;
- valutare sistematicamente l’impatto positivo o negativo degli interventi relativi alla pianificazione territoriale, degli interventi assistenziali e sociosanitari, integrati nelle politiche sanitarie, abitative, del lavoro e della formazione, sulle relazioni sociali e sui profili della comunità, cioè sul “*landscape*” personale, sociale e culturale che caratterizza il territorio;
- valutare e monitorare, a breve e lungo termine, i risultati degli interventi sia in termini di efficacia sia in termini del contributo che gli interventi sono in grado di apportare sulla coesione sociale e sul vissuto soggettivo dei cittadini.

Lo psicologo di base deve costruire progressivamente una propria traiettoria professionale nell’assistenza primaria così integrata e ampliata nella territorializzazione dei sistemi sanitari e socio-assistenziali e agire in essi la prospettiva della promozione della salute e dello sviluppo di comunità. Occorre cioè ridisegnare, in uno sforzo di progettazione e di riflessione partecipata con i soggetti di sistema, la collocazione professionale dello psicologo e la sua fisionomia istituzionale. Da qui probabilmente occorrerebbe partire per una riflessione di sistema e non dalla ricerca di improbabili equilibri tra posizioni consolidate in un panorama ormai obsoleto e di retroguardia.

Una psicologia della salute sufficientemente buona: riflessioni su una teoria della tecnica per la psicologia della salute

Chi intraprende il proprio cammino in Psicologia della salute, senza lasciarsi prescrivere l'adesione ad una teoria implicita della tecnica derivante dall'orientamento mainstream sociocognitivo o cognitivo-comportamentale, difficilmente potrà evitare di sentirsi convocato a un discorso sulla salute si va costruendo in una pluralità di contesti e in una radicale complessità che, dopo aver messo in luce la necessità di un riposizionamento epistemologico e metodologico, come abbiamo fin qui cercato di tratteggiare, non può che interrogarsi esplicitamente proprio sulla tecnica, sulla sua formazione e sul suo possesso. In primo luogo, allora, sembra urgente riflettere sulla necessità di costruire in Psicologia della salute un discorso sulla tecnica coerente con le proprie premesse epistemologiche sulla salute e sulla soggettività.

Implicazioni per la professionalizzazione dello psicologo.

Come dicono Murray & Chamberlain (1999), uno dei problemi della psicologia della salute può essere rintracciato nella sua persistente prossimità pratica con il modello biomedico

“La Psicologia della salute ha ampiamente adottato un atteggiamento accomodante riguardo alla biomedicina piuttosto che uno seriamente critico della legittimità del modello biomedico. Il modo più facile di far questo fu di introdurre una nuova dimensione psicologica nel framework biomedico di base, lasciandone tuttavia immodificata la costruzione sotto ogni altro aspetto. Questo accomodamento si è concretizzato in uno slittamento da un modello biomedico a un più ampio modello biopsicosociale. Comunque Odgen (1987) ha esaminato questa supposta sfida alla biomedicina, giudicandola più retorica che reale. Ella sostiene che, a dispetto di una retorica che proclama il contrario, la pratica della psicologia della salute continua a privilegiare l'eziologia biomedica sulla causalità psicologica, è funzionale al mantenimento di una separazione e interazione tra mente e corpo piuttosto che alla visione di un individuo integrato, e mantiene la separatezza tra la corporeità e gli aspetti sociali. La biomedicina moderna indirizza il proprio sguardo verso il corpo dell'individuo (Foucault, 1973) e la psicologia della salute ha semplicemente esteso lo sguardo, in modo da includervi la mente, definita in termini di variabili psicologiche, spesso ignorando i processi sociali o “controllandoli” in analisi statistiche finalizzate a produrre leggi generali” (pag. 5)

Questo panorama, forse eccessivamente desolato, della psicologia della salute è

probabilmente in buona parte superato, almeno nella tradizione nascente della psicologia della salute nel nostro Paese (come anche questo volume intende testimoniare). Esso è comunque fortemente rappresentativo del senso di scoramento e talora di sconcerto che coglie chi volesse cercare tracce della complessità della salute nella maggior parte dei manuali di Health Psychology di tradizione anglosassone. Inoltre la citazione ha il pregio di porre, per così dire, il dito direttamente nella piaga della relazione tra psicologia della salute e medicina

Nel suo lavoro introduttivo, Majani sostiene la psicologia possa accettare, senza complessi di inferiorità, una posizione ancillare rispetto alla medicina nella gestione dei problemi di salute entro il servizio sanitario.

“Alla fine, tra alterne vicende, abbiamo conquistato una professionalità dai contorni netti, che ci conferma come psicologi ma che ci identifica come psicologi della salute, e che ci permette di interfacciarci con le altre figure sanitarie nel mondo medico portando un contributo specialistico all'assistenza e alla ricerca” (Majani, 1999, pag. 18); e tuttavia, “è certo che in ospedale la psicologia è una disciplina ancillare, come la bioingegneria o come la biologia. La sua funzione - sintetizzando al massimo - è quella di ottimizzare l'esercizio della medicina. Ma questo non toglie nulla al valore della disciplina in sé” (ibidem, pag. 121)

Anche se la non “ancillarità” della psicologia della salute alla medicina è, in effetti, una delle sue caratteristiche “protocollari” (Stone, 1987), è ovvio che nelle relazioni tra ambiti professionali le collaborazioni richiedano anche quadri di integrazione gerarchica che, tuttavia, vanno considerati non in astratte configurazioni di status professionale o istituzionale, ma in rapporto alla dimensione dei problemi e dei contesti in cui queste collaborazioni si realizzano. In questo senso, accettare una posizione subordinata non rappresenta naturalmente l'unica possibilità che si offre agli psicologi, anche entro il sistema sanitario. Nell'articolo di Giovanni Guerra, “Strategie di intervento psicologico nelle strutture sanitarie”, vengono prese in considerazione altre strategie che possono essere considerate alternative: la strategia sostitutiva e la strategia consulenziale. In entrambe sono presenti problemi, sia pure di ordine diverso, ma in entrambe la presenza dello psicologo non è posta in discussione nella sua autonomia, sulla base della quale egli “da una parte può cercare di assumere un ruolo sostitutivo e, da un'altra parte, può cercare di favorire una riappropriazione delle competenze psicologiche da parte dei differenti ruoli professionali sanitari”

Un problema più delicato si pone rispetto a chi possa definire o al modo in cui possa essere caratterizzato il quadro dei bisogni, delle domande e delle operazioni con cui lo psicologo della salute può avere a che fare nel quadro delle istituzioni sanitarie. Molto spesso i giovani psicologi si chiedono “come far capire” la specificità e l'utilità del proprio intervento, domandando implicitamente agli altri (i medici in primo luogo) di condividere e riconoscere la demarcazione della propria dimensione professionale. Questo pone, agli psicologi, un problema che, presto o tardi, riguarda tutti gli statuti deontologici: il fatto che le identità dei sistemi professionali si possono costituire solo autopoieticamente. Il problema ha molte analogie col modo in cui in un sistema si costituisce la distinzione tra autoreferenza ed eteroreferenza incorporata nel sistema. Secondo le tesi del costruttivismo operativo, tale distinzione non può essere collocata

nell'ambiente del sistema, ma nel sistema stesso. La "realtà" di un sistema può essere quindi solo un correlato interno delle operazioni del sistema: in sostanza i sistemi producono la distinzione tra autoreferenza ed eteroreferenza e la incorporano nel sistema stesso (cfr. Luhman, 1996). Questo processo rende riconoscibile all'interno del sistema la capacità di collegamento delle operazioni e la continua produzione e riproduzione della differenza tra sistema e ambiente. "Questo avviene attraverso un codice binario che fissa un valore positivo e uno negativo, escludendo terze possibilità. Il valore positivo indica la capacità di collegamento delle operazioni nel sistema: ciò con cui si può intraprendere qualcosa. Il valore negativo serve solo a riflettere le condizioni alle quali si può impegnare il valore positivo.... Il confine interno del codice, che separa il valore positivo da quello negativo, non deve essere confuso con il confine esterno, che differenzia il sistema dal suo ambiente. In altri termini: la differenza del codice si colloca ortogonalmente rispetto alla differenza tra autoreferenza ed eteroreferenza.... Il codice è sufficiente per determinare quali operazioni appartengano al sistema e quali operazioni (codificate diversamente o non codificate affatto) appartengano all'ambiente. Il codice è dunque una distinzione che consente l'auto-osservazione sulla base della distinzione tra sistema e ambiente" (Luhman, 1996, pag. 33).

Tuttavia questa esigenza di autopoiesi dell'identità professionale anche dello psicologo della salute non comporta l'esclusione del riconoscimento della realtà e dell'importanza delle altre professioni sanitarie. Dal punto di vista del costruttivismo operativo tale riconoscimento non può che derivare da processi di "attribuzione di senso" in cui vengono risolte le incoerenze che, a questo proposito, possono risultare dalla partecipazione della memoria alle operazioni del sistema.

Vi sono ciò nonostante, agli occhi di un osservatore esterno, alcuni aspetti che rendono convergenti nelle diverse professioni questa operazione di risoluzione delle incoerenze tra operazioni e memoria. Mi riferisco, ad esempio, alla necessità di "comprendere" la complessità del soggetto a cui si prestano le operazioni di cura e di promozione della salute. Questo punto di convergenza consente innanzitutto di mettere in comune le rispettive incertezze sul piano del sapere e dell'agire. Su un'altra linea di pensiero, Gadamer ricorda che "all'inizio di ogni tentativo di comprensione c'è una situazione in cui si viene colpiti - come da una domanda, alla quale si deve rispondere, che getta nell'incertezza il sapere dell'interprete, chiedendogliene conto. Per rispondere chi è stato colpito comincia a sua volta a domandare" (Dutt, 1995, pag. 29).

Sia che lo consideriamo come "irritazione" di sistemi autopoietici, sia che lo consideriamo come punto di partenza di un processo ermeneutico, la presenza del soggetto e della sua salute costituisce il vero punto di congiunzione delle diverse prospettive professionali sulla salute e rappresenta, in definitiva, il vero nodo critico della cosiddetta "interdisciplinarietà", di un confronto che chiede una "fusione degli orizzonti di senso" in una nuova scienza della salute.

In definitiva la Psicologia della salute sembra muoversi lungo un crinale che difficilmente può chiudersi in un quadro definitorio univoco. L'opzione sistemica e costruttivista non impedisce, anzi per certi aspetti implica la necessità di mantenere aperte le vie della ricerca e del dubbio. L'incertezza è un tratto che probabilmente

rimarrà in modo stabile a caratterizzare la prospettiva epistemologica. La concettualizzazione è da tempo emancipata dalla univocità della relazione tra segno e referente e anche il dibattito sulla “salute” deve riconoscere la dipendenza molto forte dai contesti in modi che la rendono irriducibile ad una definizione unitaria. Non c’è, nei modi in cui si parla della salute e nei modi in cui essa viene rappresentata socialmente, nulla di simile a quel filo unitario che, nella metafora di Wittgenstein (1953), inutilmente cercheremmo in una corda, laddove invece si potrà cogliere il molteplice intreccio di fibre diverse.

La prassi, oltre alla riflessione teorica, consente tuttavia di intravedere qualche via d’uscita dalle diverse impasse critiche. E’ la via che Gadamer sembra indicare e dalla quale non ci si deve, naturalmente attendere alcuna risposta in chiave teoretica, ma piuttosto la “soluzione” entro un raggio d’azione pratico di antinomie per le quali non abbiamo ancora disponibile un “terzo” linguaggio.

La prospettiva teorica può riprendere il cammino proprio a partire da questo punto, laddove l’azione consente di “oltrepassare” la distanza che il linguaggio non può annullare. Non per questo dovrà rinunciare a “prendere posizione”, anche se dovrà imparare a convivere con l’incertezza e col carattere provvisorio delle proprie sistemazioni.

Entro questo quadro, occorre allora prendere in esame come la psicologia può entrare in rapporto con le altre fonti del sapere, dell’intervento e delle pratiche sulla salute. Ancora, in primo luogo, sarà necessario riferirsi all’incontro con la medicina.

L’incontro tra psicologia e medicina

Come dice Giovanni Guerra (2003) , “che medicina e psicologia si debbano incontrare appare, per certi aspetti, inevitabile” per l’impossibilità di ignorare, nel lavoro con il paziente, dell’universo della soggettività. Questo incontro tuttavia pone allo psicologo un grande problema di posizionamento, nel momento in cui medico e psicologo si trovano a condividere un contesto, come quello sanitario, fortemente caratterizzato dal rapporto interpersonale e dagli assunti impliciti che caratterizzano le dimensioni formali del contratto medico/paziente (consapevolezza del bisogno, titolarità del problema, obblighi sociali di curarsi e voler guarire) in cui la competenza relazionale del medico è delimitata, non tanto dalla presenza di un assetto difensivo nei confronti dell’ansietà, quanto piuttosto dalla rigidità dell’uso delle difese: “così rigide che il medico rischia di non essere in grado di impiegare modalità differenti di relazione in funzione delle diverse situazioni cliniche” e può far sì “che il personale medico e infermieristico decida di affidare ad altro specialista la gestione di quegli aspetti che non vengono contenuti nel quadro del contratto. Anzi, si può pensare che proprio una qualche difficoltà nel mantenimento del contratto nelle forme usuali faccia scattare nel personale sanitario l’invio allo psicologo” (Guerra 1999), ponendo così lo psicologo di fronte all’alternativa tra due possibili strategie. “Da una parte può cercare di assumere un ruolo sostitutivo e, da un’altra parte, può cercare di favorire una riappropriazione delle competenze psicologiche da parte dei differenti ruoli professionali sanitari”. La posizione sostitutiva costituisce una tentazione allettante per gli psicologi vi possono intravedere la possibilità di demarcazione di una specificità

professionale sui temi della relazione, dell'emozione e della comunicazione, aumentando così il proprio peso e la propria considerazione nell'organizzazione. Tuttavia le dimensioni psicologiche difficilmente possono essere eluse dal medico, possono essere realmente delegate a chi, a differenza di medici e psicologi, si occupa quotidianamente del paziente, e siano comunque delegabili senza ambivalenza. Inoltre vi sono crescenti evidenze che, almeno in alcune circostanze, all'atteggiamento di delega da parte dei sanitari, subentra con crescente frequenza "l'interesse e la volontà del personale sanitario di acquisire una competenza nell'uso delle emozioni per sviluppare tecniche di osservazione e di comunicazione", senza che questo comporti l'acquisizione di "una professionalità diversa come potrebbe essere, ad esempio, appunto quella degli psicologi. Si tratta, invece, di sviluppare una competenza che, come qualunque altra competenza tecnica, entri a far parte della professionalità integrandosi nel modo appropriato".

Tutto ciò consente di considerare più appropriata una funzione "consulenziale" in cui "compito dello psicologo è quello di aiutare medici, infermieri e altro personale nell'operazione di acquisizione e di integrazione nella professione di quelle competenze di cui egli è portatore", lasciando loro la responsabilità di gestire i "cosiddetti problemi psicologici" che nascono nel contesto sanitario, ma partecipando alla continua riprogettazione professionale dei ruoli di cui si è consulenti, includendo l'attenzione anche alle dimensioni organizzative e non alla sola dimensione relazionale (cfr. Guerra, 1999).

Dall'analisi della domanda all'intervento nei contesti

La prospettiva consulenziale, suggerita da Giovanni Guerra nella relazione tra lo psicologo "non in linea" e il medico, sia pure con modalità diverse, può rappresentare il prototipo per molte forme di collaborazione anche con altri attori in ambito sanitario, socio-assistenziale, educativo e nel lavoro di comunità, in cui venga richiesto un confronto o una condivisione con lo psicologo. Anche in questi casi, in linea di principio, il riferimento non sarà allo psicologo "in linea", che agisce entro protocolli e pratiche di équipe, ma alle situazioni in cui lo psicologo si affaccia ai contesti di cura in relazione ad una domanda di intervento professionale, chiaramente esplicitata o sottintesa in modo implicito alla richiesta. E, esplicitamente, per Guerra, la strategia consulenziale rinvia "alla ormai abbondante letteratura sull'analisi della domanda".

Nell'ambito della progettazione di interventi psicologici l'analisi della domanda mette in evidenza il problema del posizionamento/ri-posizionamento come psicologi in rapporto alla realtà sociale con la quale l'intervento si misura. Questa sfida ci pone davanti alla complessità del processo attraverso il quale ognuno di noi costruisce la realtà. Come afferma Renzo Carli, gli obiettivi dell'intervento "nascono entro l'individuazione e la costruzione della domanda; ab initio la domanda non c'è. Il primo prodotto dell'intervento è costruire la domanda; e con la domanda la committenza" (Carli e Paniccia, 2003). Lo psicologo non risponde alla domanda accogliendola come un dato di realtà esterno al quale rispondere facendo ricorso al proprio bagaglio di

strumenti tecnici, utilizzando quella che anche Carli denomina “tecnicità”, ma interrogando la relazione tra sé e chi pone la domanda, nella consapevolezza che è da questa relazione che nasce la domanda stessa, e quindi la committenza si istituisce.

“la domanda va letta prendendo in considerazione le premesse del contesto in cui si esprime e verrà risolta tenendo presenti le premesse di tutti i partecipanti all’interazione, operatore incluso (Telfener, 2011)”.

La domanda che viene formulata deve necessariamente essere ridefinita per uscire dalla logica che l’ha costruita e per ricercare una nuova definizione della relazione e del problema a partire dalla lettura del contesto. Questo permette a colui a cui è stata rivolta la domanda di non colludere.

Ridefinire il problema posto dalla domanda significa analizzarne i presupposti, generare una ricorsività tra i contesti implicati e co-costruire un ripensamento un riposizionamento rispetto al problema stesso che faccia emergere nuovi punti di vista, significati e obiettivi comuni (Telfener, 2011). Nella costruzione di questo contesto semantico condiviso è importante che lo psicologo mantenga una posizione “meta”, in modo tale che possa divenire catalizzatore di un processo di osservazione, che è al tempo stesso osservazione dello psicologo nei confronti di sé e del contesto di riferimento del suo intervento e auto-osservazione interna al contesto di riferimento da parte di coloro che ne fanno parte. In quest’ultimo caso la consulenza dello psicologo nei suoi aspetti relazionali (dove la tecnica è strumento e non fine) è proprio quel processo che innesca o che rende più accessibile l’osservazione delle proprie dinamiche interne per coloro che fanno parte del contesto di riferimento, per la committenza. Questa possibilità di auto-osservazione e di fare emergere aspetti non espliciti del “problema” può essere già una modalità per promuovere empowerment del committente, di messa a frutto delle proprie risorse, di individuazione di confini o limiti poco chiari, un modo per portare luce sulle relazioni e sulle prassi intersoggettive vigenti.

Questo aspetto richiama i concetti di “artefatti” o di “cultura locale”, formulati da Schein e Carli, ossia lo strutturarsi di valori e prassi consolidate e spesso implicite all’interno di un’organizzazione sociale. La cultura locale è sì funzionale ad una “economizzazione” della vita sociale dell’organizzazione (non sarebbe possibile mettere in discussione in maniera costante le regole di funzionamento e i criteri decisionali sui quali si basa la vita di un’organizzazione) ma al tempo stesso non può essere trascurata nel processo di analisi, anzi deve essere compresa e osservata come elemento fondamentale del contesto e della domanda e anche dal punto di vista delle resistenze che essa può presentare ad eventuali processi di cambiamento.

Assumere questa posizione di “consulente di processo”, questa posizione autoriflessiva sul proprio posizionamento in rapporto al posizionamento della committenza in una dinamica intersoggettiva, significa cercare di uscire da quella che Carli chiama una dinamica di interazione fondata sul “possesso” ed instaurare invece all’interno dell’intervento psicologico una dinamica di “scambio”, fondata sul riconoscimento dell’estraneità della committenza e basata sulla competenza (che è cosa diversa dalla tecnicità).

Questa impostazione rappresenta la premessa fondamentale affinché l’intervento

psicologico sia motore di sviluppo, strumento catalizzatore che consente allo psicologo e alla committenza di sviluppare un processo riflessivo e di riposizionarsi rispetto al problema considerato mettendo a frutto le proprie risorse. La creazione di uno spazio di mentalizzazione consente di aprirsi a nuove domande e alla costruzione di un sapere che permetta di elaborare delle ipotesi di risposta (Telfener, 2011; Kaneklin, Ambrosiano, 1982).

“Lo sviluppo è l’obiettivo dell’intervento psicologico; sviluppo della relazione tra individuo e contesto, quindi delle capacità produttive e di scambio da parte di chi chiede l’intervento. Viene qui posta una differenza per noi importante tra obiettivi ortopedici, volti a ricondurre l’individuo alla normalità (o, se si vuole, all’ortodossia), e obiettivi di sviluppo” (Carli e Paniccia, 2003).

Affinché questa visione sia realizzabile è necessario quindi focalizzare la propria attenzione non solo sul piano della percezione (gli elementi cognitivi del rapporto individuo - contesto che ci farebbero soffermare sulla domanda come dato di fatto esterno) ma anche su quello delle simbolizzazioni affettive agite da chi pone la domanda e anche dallo psicologo nella relazione intersoggettiva che fonda l’intervento e dalle emozioni che nascono da tali simbolizzazioni affettive.

Secondo Carli, “l’assetto della relazione tra professionista e utente/cliente è dato dall’agito collusivo coerente con l’immagine del professionista e con la dinamica collusiva che tale immagine condiziona nel rapporto di domanda. Dalla domanda si passa rapidamente all’azione professionale, protetta per altro dall’agito collusivo che l’accompagna nell’interesse del suo svolgimento. Per lo psicologo e per il formatore le cose vanno in modo tutt’affatto diverso: qui l’unica «azione» professionale che si può proporre è l’analisi delle simbolizzazioni collusive agite dall’utente nel rapporto di domanda”. (Carli e Paniccia, 1999).

Tuttavia, e forse proprio per le ragioni sopraddette, raramente gli interventi psicologici consentono l’apertura di uno spazio riflessivo agevole sulla dinamica della domanda e sui posizionamenti intersoggettivi. Più frequenti, a volerle cogliere, sono le occasioni che rendono ardua e insufficiente la mera applicazione dei saperi e dei repertori che deteniamo, o, per dirla con Rorty (1989), dei vocabolari finali di cui ci siamo dotati, di quanto non lo siano le situazioni in cui possiamo attingere a giacimenti culturali, a servomeccanismi e a teorie della tecnica puntualmente predisposti e pronti per l’uso entro le pulite configurazioni del set(t)ing (si veda a questo proposito anche la necessità sostenuta da Profita e Ruvolo [1997], di una riformulazione variazionale dell’analisi del set-setting nel lavoro dello psicologo).

Il nodo è infatti che, spesso, il set(-t)ing si istituisce, per usare l’espressione di Illich, come insieme di strumenti “manipolabili” e occorre chiedersi se sia possibile ricondurlo ad una “maneggevolezza” che consenta di partecipare ai diversi posizionamenti soggettivi, restituendo al soggetto (ma anche allo psicologo) una sufficiente padronanza consapevole sui processi in cui la propria salute è in questione.

Secondo Umberta Telfener, spesso “le categorie che si utilizzano sono intrise di cultura. Troppo spesso si fa riferimento a categorie normative già presenti nella società, allontanando la possibilità di soluzioni alternative e di processi nuovi. Troppo spesso si utilizzano categorie di giudizio assolutamente dicotomiche: o buoni o cattivi, onesti o

disonesti, perdendo la possibilità. di tirar fuori dagli altri anche le loro qualità. Nascoste. E' rischiosa l'egemonia di una logica categoriale e riduttiva.

Una prassi alternativa: assumere una doppia posizione

- Stare dentro e stare fuori dal processo
- Considerare i capti oggettivamente/soggettivamente e riflessivamente
- Scegliere uno o più posizioni nello spazio e nel tempo
- Sapere di non sapere e di occuparsi di indecidibili e indeterminabili

L'unica prassi possibile: pensare sul pensiero/azione. Propongo di porsi nella "posizione" di intendere qualsiasi intervento come un continuo e costante procedimento di secondo ordine durante il quale l'operatore si interroga costantemente su quanto sta accadendo, sia a livello delle proprie premesse generali, sia a livello delle azioni concrete (ad esempio la scelta di una domanda, più che di un'altra, di un percorso o di una decisione alternativa) e valuta le retroazioni ad esse.

Responsabilità della responsabilità. Si tratta di assumersi la responsabilità. della propria responsabilità: la capacità. di essere consapevoli di agire i domini della produzione e dell'estetica, dei quali ci si è assunti la responsabilità: una responsabilità. di secondo ordine, in ordine alle modalità stesse secondo cui si intende il proprio obbligo professionale (Bianciardi, Bertrando, 2002). Questa responsabilità si espleta primariamente attraverso il rispetto, di sé, degli altri e della danza che si è venuta a costruire.

Il rispetto. Forse la più importante operazione in ottica sistemica, è quella del "rispetto". Un terapeuta che si avvicina alla persona, come professionista consapevole della dialettica caos/ordine, stabilità/cambiamento, disponibilità/ritrosia, nutre un profondo rispetto sia per se stesso e i propri pregiudizi, sia per l'altro/i, con la sua richiesta di aiuto, i suoi "sintomi", la sua storia e i suoi profondi legami con pensieri e comportamenti che un senso adattivo hanno avuto e hanno ancora. Il nostro focus è centrato sul «pattern che connette» il sistema consulente al sistema committente, attraverso un processo che mette in atto sia spinte verso la stabilità che verso l'evoluzione e cerca la coerenza del sintomo nella vita del sistema osservante." (Telfener, 2012)

Umberta Telfener ritiene infatti che l'intervento psicologico comporti innanzitutto la capacità di "[...] entrare in un contesto e muoversi in maniera corretta[...]. Gli interventi sono fatti di azioni mirate ad avere un effetto, di movimenti di coordinazione della coordinazione tra persone e idee, di analisi del contesto e dei sottosistemi coinvolti". Per fare ciò bisogna considerare le proprie "griglie di lettura" e quelle che si sviluppano nell'incontro di un nuovo contesto. Le operazioni mentali devono, per essere efficaci, muoversi ad un secondo livello, il metalivello, la riflessione sulle proprie riflessioni. La posizione che si assume, di conseguenza, è un punto di partenza fondamentale. Il sapere di non sapere una scelta esplicita. Questa posizione, umile e professionale allo stesso tempo, è la conditio sine qua non per poter poi iniziare a "danzare" e, quindi, a muoversi all'interno del sistema con le altre professioni. Ed è solo "la consapevolezza della propria conoscenza a permettere di prendere coscienza dei propri limiti". E' su questa premessa che sarà possibile intervenire in modo non iatrogeno, non ortopedico: lo scopo dell'operare in ambito clinico e, in generale, in

ambito sociale è, quindi, quello di introdurre cambiamenti, differenze, evoluzioni, a partire da “una costruzione di una condivisione semantica”, delle premesse comuni tra chi entra in un nuovo contesto e il contesto stesso, al fine di ridefinire la domanda d'intervento e introdurre così una differenza che ponga le fondamenta per possibili cambiamenti.

Come possiamo rileggere, da queste prospettive, il posizionamento dello psicologo della salute nelle dimensioni della praxis dell'intervento?

La psicologia in quest'ottica esce dai confini e dagli steccati che tradizionalmente caratterizzano le proprie prassi e le proprie applicazioni, e si propone come una presenza diffusa che incontra contesti e territori. In tale percorso la prassi psicologica perde le forti tutele e contenimenti dati dalle condizioni di settings definiti e ben strutturati e si avventura in itinerari che intersecano varietà e complessità.

Ci si allontana non solo dai progetti pacchetto predefiniti e preconfezionati ma anche dalle più classiche domande esplicite ma anche implicite che vengono poste alla psicologia, e che hanno nella dimensione normativa il principale ancoraggio concettuale. Secondo questa impostazione è oggetto di osservazione della psicologia ciò che si discosta in maniera più o meno significativa dalle misure di tendenza mediana (appunto normativa) ed è compito della prassi psicologica riportare tali scostamenti verso misure di normalità statistica. Risulta evidente che seguendo questa logica vengono poste allo psicologo domande che sono consone a tale modello epistemologico e concettuale e le prassi operative si consolidano intorno all'esigenza prevalente di modificare ciò che non va secondo dimensioni oggettivamente date o rilevate, o ancora superare gli eventuali processi di blocco che non permettono un percorso di cambiamento o di approssimazione a tali parametri normativi.

Uscire dalle mura protettive degli studi professionali o degli uffici dei servizi socio-sanitari significa andare incontro a nuovi territori ed alle persone che li abitano in una posizione di osservazione ed ascolto di tali contesti, in cui lo psicologo interseca le processualità che caratterizzano i sistemi in gioco. Ciò comporta un ripensamento delle prassi operative, ed in particolare un superamento del fare come unica dimensione con cui la psicologia agisce, si accredita e risponde ai propri committenti. Secondo questa prospettiva diventa quindi centrale nell'articolazione delle prassi lavorative non tanto il fare quanto lo stare nei contesti, in cui la competenza psicologica si declina attraverso la capacità di analisi e lettura processuale e di formulazione di risposte orientate di fronte a tali particolari processualità. Il lavoro dello psicologo sta proprio nella capacità di entrare in un sistema proponendo, nell'interazione con i processi che tale sistema stimola, delle risposte diverse dalle modalità simmetriche o complementari con cui generalmente le persone rispondono a quegli stimoli. Il valore aggiunto di questa interazione sta proprio nella capacità di leggere teoricamente tali processi, dargli senso ed articolare delle risposte che possano rappresentare un'esperienza controprocessuale per quel particolare sistema.

Il campo di lavoro su cui soffermarsi è il risultato di un processo di co-costruzione con l'utenza di una sorta di piattaforma di contenuti, esperienze e significati condivisi con il consulente. La capacità della psicologia di interrogarsi sulle questioni attivando i propri utenti in percorsi di ricostruzione narrativa dei significati e valenze soggettive

implicati, permette di definire insieme percorsi e direzioni da intraprendere per il raggiungimento di obiettivi condivisi. La direzione del lavoro è frutto di un accordo esplicito o implicito con l'utenza e si basa proprio sulla condivisione di una narrazione su cui si articola la piattaforma di lavoro, che come già sottolineato non è data o definita in base a dimensioni normative ma co-costruita su elementi soggettivi ed idiografici.

In una prassi così poco strutturata dove tutto è definito in itinere ciò che da struttura all'intervento psicologico è una precisa cornice teorico-metodologica, che permette all'operatore di sottrarsi alle risposte collusive e complementari che il sistema richiede, e di costruire al contrario modalità di relazione con quel contesto diversamente orientate.

Lo psichista psicologica si declina in quest'ottica attraverso esperienze di copresenza e condivisione con l'utenza delle processualità che caratterizzano quel dato sistema, ed è proprio nel fluire di particolari punteggiature o ridondanze che possono essere individuate, puntualizzate ed esplicitate eventuali domande implicite. Quindi lo psicologo entra nei contesti con una presenza discreta ma fortemente orientata, rispettoso della storia e delle processualità che animano quel particolare sistema ma pronto a cogliere l'emergere di domande di senso che sollecitino il sistema stesso verso continue ridefinizioni e riposizionamenti.

Lo psicologo è portatore di una modalità relazionale lineare che permetta nuove esperienze e di conseguenza nuove processualità in linea con gli obiettivi, le aspettative ed i bisogni delle persone che compongono quel particolare contesto. Egli rappresenta le istanze proprie della disciplina psicologica e le processa mettendosi in scena nella relazione con il sistema, e si propone come occasione di crescita e cambiamento trasformativo per il sistema stesso.

Questa prospettiva definisce la relazione interpersonale come principale canale conoscitivo e riconsegna un importante valore euristico alle dimensioni soggettive di senso dell'esperienza personale.

Una visione della prassi operativa in cui non è il fare ma lo stare, non è il contenuto ma il processo, non è il cosa ma il come, confuta l'idea che la psicologia abbia oggetti o campi d'osservazione privilegiati, come il pensiero, le funzioni cognitive o le emozioni; al contrario definisce come caratteristiche distintive della psicologia punti d'osservazione specifici e privilegiati, e ciò apre a nuove prospettive di lavoro e a nuovi posizionamenti.

Spazio di intervento professionale e posizionamento consulenziale

Lo sguardo dell'azione verso il cambiamento richiede dunque forse uno spazio più complesso di quanto non si sia soliti concedere alle attività e agli interventi con cui solitamente viene rappresentato il lavoro dello psicologo nei contesti di cura e negli interventi di promozione della salute. Tuttavia questa rappresentazione non può essere esclusa del tutto. La separatezza tra "psicologo in linea" e "psicologo consulente" non può facilmente corrispondere ai posizionamenti che lo psicologo è chiamato ad

assumere nei diversi contesti professionali e d'intervento. Gran parte degli interventi dello psicologo della salute nei vari contesti, in realtà, avvengono in interazione con altre professionalità e in un setting multiprofessionale.

Il campo d'azione della Psicologia della salute può essere rappresentato come un insieme di interventi mirati alla promozione dei comportamenti di salute e degli stili di vita sani, da un lato, e alla gestione della malattia e dei problemi di salute dall'altro. Coerentemente col modello biopsicosociale, la tradizione della psicologia della salute non limita la propria azione all'intervento individuale, ma cerca di abbracciare l'intero raggio dei problemi di salute che si collocano ai diversi livelli di organizzazione. Una prima definizione del raggio d'azione della Psicologia della Salute viene concettualizzata in termini sistemici nella rappresentazione di Stone (1987). Il sistema di riferimento vede alla base la persona la cui salute è in questione (indicata con l'acronimo PHAI) e via via vengono indicati i livelli di organizzazione e di intervento con cui la persona interagisce in modo diretto (livello primario) o indiretto (secondario e terziario), ma con un indubbio impatto sulla sua salute. Entro questo quadro sistemico, gli interventi di psicologia della salute possono essere definiti in primo luogo sulla base degli ambiti in cui essi vengono esercitati.

Servizi Sanitari

Nell'ambito dei servizi sanitari i compiti degli psicologi sono classificati nel seguente modo (cfr. Tulkin, 1987)

- Prevenzione e intervento sui comportamenti rilevanti per la salute
- Approcci di trattamento alternativo e non farmacologico
- Trattamento psicologico sia come intervento primario che come intervento complementare
- Coping delle crisi mediche acute
- Interventi per l'adattamento nelle malattie croniche
- Interventi sulla relazione medico-paziente e sull'adesione dei pazienti alle cure (compliance)

Interventi sui luoghi di lavoro

I luoghi di lavoro rappresentano un ambito di intervento molto significativo per la psicologia della salute. La ricerca applicativa (cfr. Follick, Abrams, Pinto, Fowler, 1987) evidenzia come essi siano interessati a

- Interventi di screening e educazione alla salute
- Interventi diretti su fattori di rischio quali:
 - Fumo
 - Obesità
 - Ipertensione
 - Fitness cardiovascolare
 - Gestione dello stress
- Programmi integrati di promozione della salute che coinvolgano ad es. stili di vita, benessere emotivo, soddisfazione sul lavoro

Interventi nella comunità

A questo livello, la psicologia della salute si avvale di una pluralità di modelli elaborati

dalla psicologia di comunità (cfr. Trickett, 1987; Zani e Cicognani, 2000; Santinello et al. 2010; Santinello et al. 2014) , quali ad esempio strategie di prevenzione, assessment e intervento organizzativo, l'azione sociale e l'approccio ecologico. Quest' ultimo rappresenta un contributo fondamentale nell'evoluzione della promozione della salute. "L'approccio ecologico vede la salute come il prodotto dell'interdipendenza fra l'individuo e i sottosistemi dell'ecosistema (come la famiglia, la comunità, la cultura e l'ambiente fisico e sociale). Per promuovere la salute, questo ecosistema deve offrire le condizioni economiche e sociali che facilitano gli stili di vita sani. Deve inoltre fornire informazioni e consentire l'acquisizione di abilità necessarie affinché gli individui possano prendere decisioni riguardo al proprio comportamento in modo da mantenere la salute" (Zani e Cicognani, 2000, pag. 184).

Interventi sulla salute pubblica e sulle politiche sulla salute

Faden (1987) indica come ambiti qualificati di intervento psicologico sulla salute pubblica quelli che riguardano:

- Gli stili di vita e gli interventi rilevanti per la salute
- Il controllo dei fattori di rischio
- Interventi sull'allocazione delle risorse pubbliche per la salute e la valutazione delle politiche sanitarie

Viene riconosciuto un ruolo alla psicologia della salute nella formazione delle politiche sanitarie, soprattutto nella formazione dl personale politico e amministrativo e in processi di consulenza attiva e di expertise su aspetti correlati con i problemi psicologici della salute. De Leon e VandenBos (1987) indicano che l'impegno sul versante delle politiche sanitarie riguarda sia le istituzioni formative e associative della psicologia della salute, sia gli psicologi della salute individualmente e sollecitano una maggiore attenzione della disciplina alla comprensione e delle dinamiche politiche come parte integrante nella formazione degli psicologi della salute. In linea generale, dunque, gli interventi di psicologia della salute, nei diversi contesti d'azione, sono andati storicamente disponendosi lungo due versanti principali:

Gestione delle malattie e dei problemi di salute

Questo versante riguarda in particolar modo:

- Comportamenti dei pazienti e i processi di management della malattia e, in modo particolare, la consultazione col medico e l'esperienza del trattamento
- Intervento sui sintomi
- Management del dolore
- Intervento su condizioni di vita e malattia
- Intervento sulle condizioni di vita e sulla gestione degli aspetti psicologici coinvolti nelle malattie croniche
- Aspetti psicologici delle malattie ad alta mortalità
- Interventi sulla qualità della vita di fronte alla morte
- Stress e coping.

Interventi di prevenzione e di promozione della salute

- Interventi sugli Stili di vita
- Interventi sui comportamenti di salute

- Interventi di prevenzione e promozione della salute nella comunità, nei luoghi di lavoro e nelle scuole
- Interventi di consulenza e progetti sulle politiche sociali e sanitarie e sui problemi di salute nella comunità

La linea evolutiva degli interventi della psicologia della salute è fortemente caratterizzata da uno slittamento dello sguardo “dal versante della diagnosi e della terapia, per aprirsi con rinnovata attenzione alle dinamiche dello sviluppo della persona e della convivenza sociale. Le "risorse" più o meno nascoste, anziché le 'patologie" più o meno manifeste, costituiscono il punto focale di riferimento. Ne consegue pertanto, sul piano applicativo, che l'orientamento prevalente si ispira piuttosto alla sollecitazione o valorizzazione delle prime che non alla correzione o rimozione delle seconde. Lo spostamento di accento, da una linea prescrittiva ad una linea di stimolo e di sollecitazione, comporta anche un sensibile cambiamento nella relazione fra l'esperto psicologo e l'utente” (Bertini, Braibanti, Gagliardi, 1999). Il concetto di promozione della salute acquista in tal modo un valore più ampio di quanto non fosse ad esso assegnato, agli esordi della psicologia della salute, come insieme di strategie volte a facilitare l'adozione di comportamenti sani. Come dice con chiarezza Mario Bertini, in definitiva, nella “promozione”, l'obiettivo diventa lo sviluppo della persona, dei gruppi, delle comunità, in una visione attenta alla dinamica intra- e inter-sistemica in cui le vicende di questo sviluppo prendono forma. Questa visione si accompagna alla consapevolezza che, nella realizzazione di ogni progetto, tecnici e utenti sono coinvolti in un processo continuo di co-costruzione, pur nella distinzione dei ruoli (Bertini, 1998; Bertini 2010)

La questione delle titolarità.

Se gli ambiti degli interventi psicologici delimitano, almeno per linee grossolane, i contenuti che vengono in prevalenza richiesti allo psicologo della salute “in linea”, vi sono buone ragioni per pensare che difficilmente queste modalità d'azione possano esercitarsi al di fuori di una prospettiva, latu sensu, consulenziale. Infatti in ogni caso le prestazioni richieste ed esercitate dallo psicologo, sia nei contesti clinici, sia nei contesti della promozione della salute e della comunità, coinvolgono una pluralità di titolarità da cui non è possibile sottrarsi. Tali titolarità non sono solo lo sfondo, ma per molti aspetti costituiscono uno degli oggetti dell'intervento, anche quando, in apparenza, la prestazione si dovesse concentrare su dispositivi circoscritti e standardizzati. Infatti nel lavoro dello psicologo in ogni caso ciò che è pregnante è la relazione e, in essa, la destinazione alle diverse titolarità coinvolte, le dinamiche e i diversi posizionamenti che la caratterizzano.

Dal punto di vista psicologico, il tema della titolarità può essere ricondotto ad un costrutto della psychological ownership. Riferendosi alla propria esperienza diretta, Karmilowicz (2000) afferma che a seguito di una diagnosi di cancro cambiano tutte le priorità dell'individuo, si inizia a studiare intensamente la propria malattia, a

prenderne possesso fino a diventare padrone (owner) del proprio percorso terapeutico insieme al medico curante. Anche se non tutti sono in grado di esercitare questa psychological ownership, nella malattia medico e paziente assumono una co-titolarità (co-ownership) sulla gestione della malattia; anche quando prevale un atteggiamento di delega, non per questo la titolarità del soggetto in cura viene meno e, come abbiamo cercato di sostenere più sopra, l'alleanza terapeutica consiste anche nel riuscire ad esplicitare, a prendere possesso e ad esercitare tale titolarità. Ciò vale per la vicenda "epifanica" della malattia e, con ugual forza, per gli interventi preventivi, sugli stili di vita, sulla promozione della salute. Questi interventi assumono capacità ed efficacia se le persone riescono ad assumere una posizione attiva, protagonista, esercitando una diretta responsabilità nelle scelte di vita, convocando e migliorando le proprie abilità, ridisegnano e assumendo il senso della propria agentività nelle traiettorie di salute e di malattia.

Anche quando esercita la propria azione "in linea" con altri operatori, è a questa titolarità che lo psicologo può e deve rivolgere la propria attenzione, riconoscendo alla persona "la cui salute è in questione" la posizione centrale nel percorso di cura e miglioramento della propria salute. Essere in linea con altri operatori, allora, non significa circoscrivere i propri atti "tecnici" entro un protocollo, ma esercitare il proprio intervento nei punti di intersezione tra la titolarità del soggetto in cura e le "co-titolarità" e "co-responsabilità" degli operatori stessi. Si può leggere in questa direzione la riflessione, riportata nelle pagine seguenti, che gli psicologi dell'Ospedale di Bergamo hanno condotto sul "sostegno psicologico". Centrale in questa riflessione è la necessità di rimodulare il "setting" dell'intervento psicologico in rapporto alle titolarità tecniche e professionali che agiscono nell'istituzione clinica, ai connotati emozionali che le caratterizzano e spesso le agitano, alle dinamiche di potere che le connotano e, contemporaneamente, in rapporto alla titolarità del paziente sui suoi bisogni, sulle sue richieste di cura, sulle proprie istanze conoscitive e le proprie tensioni emozionali. Tutto ciò investe una processualità complessa in cui gli psicologi non possono che interrogare continuamente le proprie istanze professionali, il posizionamento e le simbolizzazioni affettive che le caratterizzano.

Riflettere sul concetto di ownership permette di entrare in contatto con il concetto di titolarità e di etica nella professionalità: comporta la ricerca della posizione più pertinente e appropriata delle proprie capacità, lavorare su se stessi nella relazione con l'altro, mettersi in una posizione umile nella relazione per costruire insieme all'altra persona una nuova costruzione condivisa di significati, proponendo all'altro di ampliare insieme il processo. L'aspetto relazionale ed evolutivo è l'elemento essenziale della psicologia della Salute ed intrinseco al concetto eriksoniano di mutualità a cui fa riferimento Bertini per spiegare la dipendenza di due persone (ruoli, gruppi, generazioni) per lo sviluppo delle rispettive potenzialità. Bertini ritiene, infatti, che la mutualità possa costruire un fattore salutare di primaria importanza sia a livello di relazioni interpersonali sia a livello delle relazioni socio-ambientali (Chiara Vidoni).

Lo psicologo si chiede continuamente di cosa ha bisogno per poter aiutare l'altro e questo implica un continuo riposizionamento rispetto all'altro e rispetto al contesto. In realtà la domanda da farsi sarebbe "di cosa ho bisogno io per agevolare il processo di

cambiamento del paziente” per lasciare al paziente la propria ownership (Paola Isolan).

Il tema della titolarità / ownership si pone con chiarezza anche nel campo della promozione della salute nella misura in cui essa si esercita a partire dalle persone e dalle risorse effettivamente presenti e disponibili nel contesto, a cui gli psicologo e gli operatori nel campo riconoscono una esplicita centralità, una titolarità e una responsabilità diretta o indiretta sulla salute propria e delle altre persone. Si pensi, ad esempio alla scuola e alla interazione con gli alunni e gli insegnanti. La predisposizione delle risorse e l'individuazione di contenitori progettuali che si configurino come occasioni di relazione tra “esperti” di salute all'interno di azioni non prescrittive non può essere assimilata a un'operazione di “consenso informato” per un intervento agito dall'esterno o neppure come un'adesione alle indicazioni dell'esperto esterno. La promozione della salute non può essere dogmatica: la salute chiama in causa i concetti di autonomia, libertà, responsabilità. Punto chiave della promozione della salute è, in questa direzione, la costruzione di una “psychological ownership”, di una “titolarità condivisa” e complessa che si esercita nelle diverse posizioni e nei diversi repertori simbolici che le caratterizzano.

La titolarità ultima della salute sta nel soggetto la cui salute è in questione, ma è presente in ogni nodo della rete, seppur in maniera differenziata, e intreccia le titolarità familiari, sociali, territoriali, educative e dei servizi. Condurre un'azione appropriata di promozione della salute comporta innanzitutto, allora, un'appropriata analisi (psicologica) delle titolarità, al fine di evidenziare il nesso tra titolarità e soggettività e di valorizzare la componente consulenziale degli interventi. Questi ultimi, infatti, non possono consistere nella fornitura pura e semplice agli “utenti finali” di informazione sui fattori di rischio, né in interventi sostitutivi/supplenti delle varie titolarità in gioco (ad esempio bypassando la responsabilità e le competenze proprie degli insegnanti nei contesti educativi), ma devono innanzitutto valorizzare i punti di vista, le valenze, le competenze, le risorse e le soggettività che caratterizzano i diversi contesti. Ciò significa agire da moltiplicatori di prevenzione e promozione della salute attraverso l'individuazione, l'analisi e la sollecitazione consulenziale delle risorse nella comunità sulle problematiche della salute e dello sviluppo personale e sociale.

Anche nel campo della scuola, affinché avvenga una ri-appropriazione della titolarità sulla salute, sono quindi necessari una riflessività sulle azioni e un riposizionamento delle competenze dei soggetti all'interno del processo educativo. La promozione della salute si muove su un territorio complesso, che prevede una titolarità plurima, che va declinata richiamando ogni soggetto alle proprie responsabilità in merito alla salute.

La responsabilità va convocata, affinché sia possibile una restituzione di titolarità. La delega che spesso viene operata da parte dei soggetti (vedi paziente verso il medico o docente verso l'esperto esterno), si configura contraddittoriamente come un esercizio di titolarità e una contemporanea cessione ad altri della titolarità. E' quindi necessario ricercare il reciproco e adeguato posizionamento rispetto alle diverse titolarità. La co-costruzione, la partecipazione alla costruzione di progettualità sollecita l'assunzione di reciproche titolarità. Il processo consulenziale ha l'obiettivo di rendere esercitabile la titolarità della salute da parte dei soggetti.

Oltre la logica lineare del progetto, della valutazione e delle evidenze

Per usare un'espressione figurata, il cambiamento richiede non la logica lineare del diagramma di flusso, la logica del progetto, ma la capacità di affrontare salti quantistici e di confrontarsi con il tempo curvo della narratività di Garçia Maquez.

Questa continua opera di de-territorializzazione e ri-territorializzazione comprende sia i setting classici dello psicologo (laboratorio e setting clinico), sia i nuovi contesti d'azione. È il caso ad esempio della stesura del progetto, strumento quasi indispensabile nell'attuale lavoro psicologico. Il progetto, infatti, predefinisce gli obiettivi, è un diagramma di flusso che impone un tempo lineare, mentre noi lavoriamo con il tempo curvo e ricorsivo di Marquez. Siamo, a mio parere, i nuovi psicologi in linea, costretti dalle richieste dei bandi a risposte generalizzate, in cui il tempo della sospensione dell'azione non è tempo di lavoro e quindi remunerabile, in cui ci si chiedono tecniche, attività e risultati attesi. Anche in queste situazioni sarebbe invece auspicabile attivare un pensiero meta, un progetto di progetto che promuova quell'eterna danza tra domande e possibili ipotesi (Annalisa Moro)

L'interpretazione corrente della progettualità degli interventi di promozione della salute cerca modi obiettivi di valutare risultati ed efficacia delle azioni. La logica del progetto richiede che i motivi di di successo o di insuccesso siano riconducibili e operazionalizzabili in termini di analisi di processo e di esito. Ross et al. (1999), ad esempio, individuano quattro possibili livelli di valutazione degli interventi:

4. analisi della fase di pianificazione (piano di lavoro, costrutti teorici utilizzati, modalità di sviluppo del programma);
5. monitoraggio del processo di implementazione e degli effetti dell'intervento sulla popolazione target;
6. analisi dell'impatto (cambiamenti causati dall'intervento, a livello sia di esiti auspicati sia di ricadute non previste);
7. valutazione di efficacia, in termini di rapporto costi/benefici.

In questa prospettiva appare necessaria la costruzione di indicatori condivisi che permettano di valutare l'efficacia degli interventi. Indicatori che direttamente o indirettamente, nel breve (p.e. un aumento di informazioni) o nel lungo termine (p.e. una diminuzione dei tassi di morbilità o mortalità), consentano di verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Nella pratica, tuttavia, una strategia di questo genere trova molte difficoltà ad essere pienamente realizzata. Innanzitutto molti interventi di promozione della salute non prevedono, nella fase di pianificazione, l'individuazione di indicatori di efficacia. Ancora più infrequenti sono i programmi che prevedono di valutare le possibili ricadute (effetti indiretti) delle azioni promotive (Macdonald, 2000). Un'ulteriore considerazione è relativa alla significatività di costi e tempi richiesti dal processo di valutazione, la quale potrebbe giustificare la scelta di non valutare programmi di intervento che non prevedano obiettivi misurabili o che non siano stati propriamente implementati. Inoltre, la valutazione di esito richiama la

metodologia del disegno quasi-sperimentale, in cui elemento fondamentale è l'assegnazione casuale dei partecipanti al gruppo direttamente coinvolto nell'intervento o al gruppo di controllo. Solo in questo caso è possibile fornire una risposta chiara alla domanda relativa all'efficacia dell'intervento. Nel settore della promozione della salute, tuttavia, l'assegnazione casuale dei soggetti a un gruppo piuttosto che all'altro è spesso inattuabile. Viene quindi utilizzato il confronto tra gruppi il più simili possibile, nella consapevolezza che questi non saranno completamente equivalenti per un rilevante numero di caratteristiche che non sempre possono essere individuate. A livello statistico, quindi, è possibile tenere sotto controllo alcune differenze, ma solo se queste vengono misurate prima dell'attivazione dell'intervento (Bartholomew et al., 2001).

Negli ultimi anni ha avuto una certa fortuna lo slogan di una promozione della salute (e di una prevenzione) fondata sulle evidenze. Si sostiene che, anche se si potrebbe non essere in grado di provare l'efficacia assoluta di un programma, potrebbe comunque essere possibile almeno valutarne la validità utilizzando varie metodologie di ricerca, identificando le buone prassi e utilizzando gli indicatori diretti e indiretti, in modo da avvicinarci il più possibile alla condizione ottimale per stimarne il successo o l'insuccesso.

In realtà una strategia fondata sulle evidenze fa in gran parte affidamento sulla replicabilità degli interventi, enfatizzando soprattutto l'importanza degli esiti, ma trascurando il ruolo delle differenze nei processi, nelle soggettività e nel grado di consapevolezza in gioco. In realtà è assolutamente riduttivo pensare alla promozione della salute come a un insieme di processi che conseguono isolati obiettivi di cambiamento sui comportamenti e sulle competenze dei destinatari finali. Come si è cercato di evidenziare nelle pagine precedenti, la promozione della salute ha il compito di riconoscere, monitorare e rispondere a tensioni, bisogni, paure, valori e abitudini di una società in continuo cambiamento. Dal momento che i tempi della pianificazione e dell'implementazione degli interventi possono essere lunghi, coloro che si occupano di promozione della salute devono essere in grado di leggere e riconoscere le esigenze che via via nascono nella comunità e di seguire la direzione in cui essa si muove nel tempo (Egger et al., 2005). Ben prima di porre il problema delle "evidenze" sembra importante in questo contesto porre la questione dei "significati" con cui la promozione della salute ha a che fare. Per rispondere a questo compito, è necessario che venga mantenuta alta l'attenzione sulle premesse teoriche che determinano la natura degli interventi, sul ruolo dei molteplici determinanti delle condizioni di salute, sulle condizioni soggettive che delincono il campo degli interventi di promozione

Appare sempre più evidente come la metodologia del disegno sperimentale non sia appropriata nel campo delle ricerche e delle pratiche sulla salute, a causa dell'elevato numero di variabili non completamente controllabili e, soprattutto negli studi che coinvolgono le comunità, per la "contaminazione" tra i gruppi coinvolti nell'intervento e i gruppi di controllo. Sembrano invece più indicati a garantire una migliore comprensione degli atteggiamenti e dei valori che le persone attribuiscono alla salute, e quindi dei fattori che possono attivare il processo di cambiamento a livello individuale o collettivo, il disegno non sperimentale e le metodologie qualitative e interpretative

(Macdonald, 2000).

D'altra parte un'attenta considerazione dei concreti percorsi di promozione della salute attuati nei diversi contesti molto difficilmente può essere ridotto ad una logica di pianificazione costruita su processi focalizzati su obiettivi. Focalizzare l'attenzione prevalentemente sugli obiettivi corrisponde alla logica "normale" nei paradigmi della valutazione (la logica degli audit); in realtà i concreti processi di promozione della salute agiscono in contesti di relazione e costruzione dell'innovazione secondo modalità meglio descrivibili in una accezione actor - network (Gagliardi e Quarantino, 2000). Infatti l'idea ingenua che il cambiamento, tanto nei comportamenti individuali, quanto nei più complessi sistemi di comportamenti organizzativi e istituzionali coinvolti nei problemi rilevanti per la salute, proceda per implementazione lineare di un'ipotesi di cambiamento definita a priori sulla base di una valutazione autonoma ed indipendente dei bisogni, dà una rappresentazione illuministica ed irrealistica della realtà. Al contrario, il cambiamento impatta in primo luogo su ragioni condivise e assunti taciti che permeano i contesti relazionali in cui si insediano i problemi per la salute e attiva potenziali trasformativi che si realizzano diversamente e localmente nei diversi nodi che caratterizzano le posizioni dei soggetti attivi nei contesti. In tal modo ciò che poteva essere considerato una dimensione determinate dell'intervento (gli obiettivi), finisce con il costituire un elemento estremamente variabile, continuamente rimodulato, in funzione delle diversità dei nodi della rete che vengono progressivamente investiti dal processo di propagazione dell'innovazione e in funzione dei processi trasformativi che investono in modi spesso imprevedibili e sempre imprevedibili ragioni condivise ed assunti taciti nel contesto delle relazioni. In questo senso si può forse affermare che negli interventi di promozione della salute gli attori impegnati che si rappresentano il processo in modo sostanzialmente lineare, dispongono di una soluzione ma sembra mancare loro il problema. In questi casi si tratta forse di utilizzare la valutazione per decostruire la soluzione in modo da rintracciare il problema e la sua fisionomia. Negli interventi di promozione della salute, più che lavorare per obiettivi, bisognerebbe dunque lavorare per problemi seguendo con attenzione il progressivo riposizionamento degli attori rispetto al problema e la progressiva acquisizione o trasformazione della "presa di coscienza" dei soggetti rispetto a questo riposizionamento. Laddove l'obiettivo rimanda alla dimensione di uno standard da raggiungere, il problema permette uno slittamento semantico nel campo del lavoro sui significati, sul posizionamento delle soggettività in gioco, sull'avviare spazi di esercizio delle autonomie nel rapporto con i problemi posti. Il lavoro sugli obiettivi ricolloca invece il processo valutativo nell'ambito dell'osservazione e verifica di standard: posizioni medie, che annullano le soggettività e oscurano la complessità dei processi in gioco e le valenze trasformative profonde sui soggetti coinvolti dell'intervento stesso. La valutazione deve porre al centro le soggettività, con le differenze e le specificità che essa comporta, piuttosto che valori normativi che si pongono in relazione di eteroreferenzialità e standardizzazione degli attori del processo. Lo strumento metodologico più appropriato appare dunque lo studio di caso, come contenitore e generatore di differenze

In questo senso, si può dire che la valutazione sconfina nell'intervento e si propone

come spazio di riflessione. Un progetto non può essere valutato solo in termini di efficacia/efficienza: è necessario prendere in carico la soggettività ed il processo che essa attraversa; è necessario perscrutare la singolarità del caso e non affidarsi alla replicabilità degli standard..

La valutazione dell'intervento può dunque orientarsi proficuamente verso metodologie qualitative proprie dell'analisi di caso e strutturarsi secondo una sequenza di interazioni volte più a ri-definire la natura del problema e a valutare il modo in cui le azioni hanno consentito ai soggetti di trovare in esso una posizione più appropriata alle proprie capacità che non alla validazione della "tecnica" dell'intervento. Quest'ultima infatti non è sempre la dimensione saliente della valutazione: ad essa sono destinate le pratiche di trial clinico e devono ritenersi per molti aspetti straordinarie rispetto alle pratiche di routine, dove la questione si pone piuttosto in termini di intreccio intersoggettivo nell'applicazione di strumenti già validati.

La valutazione di un intervento richiede una comprensione in profondità, a partire dal coinvolgimento del soggetto (individuo o gruppo) che costituisce la "unità di analisi"; richiede competenze di riposizionamento, riconsiderazione e traduzione dei linguaggi diversi che servono nell'intervento e che vanno sostenute, La scelta dell'unità di analisi avviene infatti in rapporto alla domanda che viene posta e richiede precisamente di individuare le singolarità (soggetto, gruppo, colture locali) che convergono verso orizzonti di cambiamento. La salute a cui si fa riferimento impegna esattamente questa concezione, in cui il cambiamento consiste nell'ampliare i gradi di libertà e nel fornire occasioni per esercitare, declinare e modulare la propria autonomia. E' importante offrire occasioni affinché il soggetto prenda possesso di sé. La domanda che dobbiamo porci deve essere rilevante rispetto alla filosofia e alla politica di promozione della salute. In questo senso si può dire che le strategie di intervento e valutazione dipendono dai valori che soggiacciono quando si intercetta la domanda: gli obiettivi di intervento infatti non sono a priori, ma si istituiscono, si modificano e si riorganizzano dentro una trama di relazione in cui gli scenari valoriali sono presenti e orientano-riorientano continuamente la dinamica della domanda e la prospettiva dell'intervento.

Diversità e immunizzazione

Ancora una volta cercheremo un confronto con quanto avviene in questi anni lungo i nostri confini meno frequentati. Nelle pagine precedenti abbiamo più volte posto l'accento sui concetti di Norma e Normatività. Le riflessioni che abbiamo riportato trovano un importante parallelo nel campo della riflessione sulla disabilità. Roberto Medeghini, nel volume "Norma e Normalità nei Disability Studies" , assume, seguendo Canguilhem, che il mondo in cui viviamo sia fatto di norme, e che questo proietta l'esperienza di ognuno in una rete di significati normativi da cui non si può prescindere, pena il collocarsi al di fuori della norma. Su questa base si interroga sul dispositivo della norma, sulla dicotomia normale/anormale e sulle ricadute di quest'ultima sulla costruzione della categoria della disabilità e sulla vasta categoria dei bisogni educativi speciali. Medeghini già sosteneva che i processi di categorizzazione trovano nella

norma il loro presupposto e nel linguaggio normativo e specialistico il loro esito. Sviluppando questo ragionamento, Medeghini ricorre al pensiero del filosofo Roberto Esposito sul concetto di “immunizzazione”, rielaborato dalle costruzioni biopolitiche di Foucault (biopolitica come pratica di conservazione e di riproduzione della vita). Per immunizzazione Esposito intende una categoria interpretativa capace di ricomprendere al suo interno fenomeni diversi appartenenti ad ambiti diversi, tuttavia riconducibili ad una stessa istanza di “risposta protettiva nei confronti di un rischio”. Tale protezione si attiva per evitare non la contaminazione, ritenuta inevitabile, ma “la sua diramazione incontrollata e inarrestabile in tutti i gangli produttivi della vita”. Il meccanismo protettivo, come un’immunizzazione indotta, prende in gioco la vita stessa, negandola per proteggerla: come l’induzione di una forma attenuata di infezione permette lo sviluppo di anticorpi in grado di rendere immune l’organismo, allo stesso modo il male che affligge la vita di un sistema (giuridico, politico, teologico, comunicativo) va contrastato non eliminandolo, ma includendolo all’interno dei suoi confini, così che esso si ponga come la condizione costitutiva e di efficacia della cura stessa. Le prospettive della normalità e della normatività, collocate al centro del dibattito novecentesco sull’eugenetica, definiscono come al centro del problema non stia la disabilità, ma il costrutto stesso della normalità. L’immunizzazione dunque è un presidio difensivo della normalità. Esposito in merito al nazismo riflette sul fatto che fra le forme di immunizzazione dalla diversità, la segregazione rappresenta la variante eugenetica complementare alla morte, allo sterminio .

Raramente abbiamo associato la psicologia all’idea dello sterminio. Tuttavia se allarghiamo per un istante l’angolatura del nostro obiettivo, potremo rintracciare alcune situazioni che rischiano di perturbare seriamente ogni ipotesi ingenua di neutralità della psicologia nei confronti delle diversità e della loro immunizzazione. Due soli riferimenti. Il primo, contenuto nel saggio di Gius e Zamperini , concerne la relazione complessa e ambigua tra psicoterapia e nazismo; il secondo riguarda il contributo degli psicologi (o potremmo forse meglio pensare al “complesso Psy” di Foucault) alle politiche di segregazione, immunizzazione ideologica e alle forme di sterminio e di pulizia etnica della seconda metà del secolo scorso, per il quale mi riferirò al pensiero di Wendy Steinton Rogers.

Gius e Zamperini si chiedono il significato della fioritura della psicoterapia in Germania, durante il nazismo, mentre molti esponenti della psicologia e della psicoanalisi venivano perseguitati ed esiliati. Gli autori evidenziano un uso politico della psicoterapia, delle teorie e delle pratiche psicoterapeutiche, come forma di oggettivazione, contenimento e trattamento delle forme di resistenza e di opposizione che non fossero riconducibili alla diversità biologica (razziale, sessuale, legata alla minorazione fisica o mentale) per le quali era previsto il campo di concentramento, di sterminio o l’eugenetica del programma T4.

Wendy Steinton Rogers, ci ricorda che “La psicologia critica in Sud Africa è importante in un modo molto diverso rispetto alla maggior parte degli altri Paesi. Questo perché ha rappresentato, all’inizio dell’era del post-apartheid, una sfida diretta alla psicologia che era stata usata in Sud Africa per dare fondamento al concetto stesso di apartheid e quindi per giustificarlo e sostenerlo. Bulhan esplicita questo

punto di vista in modo chiaro facendo un confronto tra Franz Fanon e Hendrik Verwoerd, “due psicologi che hanno messo in pratica la loro professione in modi che hanno fatto storia e hanno influenzato la vita di milioni di persone... Verwoerd era un suprematista bianco convinto, un simpatizzante nazista, un dichiarato antisemita, e uno dei principali architetti dell’apartheid... . Fanon, al contrario, è stato un campione senza tregua della giustizia sociale, che, quando appena diciassettenne andò volontario con le forze che tentarono di liberare la Francia dall’occupazione nazista” (Bulhan 1985: 3). Verwoerd è spesso chiamato lo “architetto dell’apartheid”, poiché era primo ministro nel momento in cui esso è stato introdotto. Ma è meno noto che egli sia stato un professore di Psicologia Applicata presso Stellenbosch University dal 1928, e che abbia giocato un ruolo chiave, come psicologo scolastico, nella creazione del concetto di apartheid, fornendo prove a sostegno delle sue affermazioni sulla “superiorità” della razza bianca, concetto che ha poi introdotto nella legge e nella politica del governo. Questo è lo sfondo umiliante della psicologia in Sud Africa - non è necessario aggiungere altro per convincere gli studenti che la psicologia è “politica”. Ho trovato un’analogia situazione in paesi come la Slovacchia dopo le rivoluzioni di velluto alla fine del 1980 e nel 1990. Nell’Istituto di Psicologia dell’Accademia Slovacca delle Scienze c’era una stanza con tutte le tesi di dottorato di ricerca in fila lungo diversi scaffali, tutti con una rilegatura nera. E un grande libro rosso alla fine. Ho chiesto se questo era il dottorato di qualche studente piuttosto stravagante, e mi è stato acutamente detto che era il libro di riferimento per le citazioni di Karl Marx, perché ogni tesi doveva avere un numero massiccio di tali citazioni per superare l’esame. Possiamo vedere in questi due esempi ciò che viene chiamato governamentalità, definita come “quei programmi, strategie e tattiche più o meno razionalizzati per la “condotta della condotta”, per agire sulle azioni degli altri, al fine di raggiungere determinati fini”(Rose 1998: 12). La psicologia è, come ha sostenuto Rose, la disciplina nelle scienze sociali che si impegna maggiormente nella governamentalità. Gli esempi che ho portato sono casi clamorosi di psicologi e psichiatri in collusione - anzi attivamente impegnati (come Verwoerd in Sud Africa e Radovan Karadžić in Bosnia) - in atti di “pulizia etnica” e simili, all’interno di regimi e fazioni repressivi” (Steinton Rogers, 2011, pag. 70-71)

Da questi esempi sembra evidente che la pratica degli psicologi possa confinare con le pratiche biopolitiche e, queste, possano a loro volta, pericolosamente sconfinare con l’eugenetica, apertamente sostenuta col proprio richiamo alla biologia o al relativismo culturale dell’antropologia, o nella ideologica versione eugenetica di un uomo nuovo per un ordine nuovo. Ma la stessa storia della diversità, della disabilità, della malattia, del disagio psichico è che il 900 si è costruito con la complicità in primo luogo della psicologia, in una distinzione tra “nella norma” e “fuori dalla norma” . Per questo noi dobbiamo assumere una visione plurale della normalità, essere sani è essere normativi, è possibilità di costruire nuove norme e cambiare quelle esistenti.

La questione con cui possiamo affrontare allora anche il tema della tecnica è questa: quanto la tecnica psicologia (anche in una psicologia della salute) rischia di essere un dispositivo di immunizzazione, di segregazione delle diversità, quanto la psicologia

deve agire consapevolmente per evitare che le proprie ragioni e le proprie tecniche la rendano un agente eugenetico di sterilizzazione delle diversità. Cioè, la riflessione sulla tecnica in psicologia è una riflessione sul modo in cui le tecniche possono essere usate e di come possono essere veicolo di immunizzazione.

Tecniche maneggevoli, tecniche manipolabili

Proprio per bonificare nel lettore immagini forse ineditamente forti se riferite alla psicologia, ci piace spostare l'attenzione ad una prospettiva di maggiore serenità e respiro profetico. Ivan Illich, filosofo austriaco, negli anni 60 fa una riflessione sulla necessità di trovare una via diversa dal capitalismo, dal marxismo, dal comunismo, rispetto all'organizzazione sociale, e propone una economia della convivialità, del convivere. Al centro di questo pensiero vi è il discorso sulla tecnica, la questione della titolarità, della libertà di espressione, del relazionare, del relazionarsi convivialmente. Alla base di questo pensiero invece vi è l'uomo che dispone di due tipi di energia: quella che trae da se stesso (o energia metabolica) e quella che attinge dall'esterno. Maneggia la prima, manipola la seconda. Perciò Illich fa una distinzione tra strumento maneggiabile e strumento manipolabile in quanto lo strumento è inerente al rapporto sociale. L'autore sostiene "Allorché agisco in quanto uomo, mi servo di strumenti. A seconda che io lo padroneggi o che viceversa ne sia dominato, lo strumento mi collega o mi lega al corpo sociale. Nella misura in cui io padroneggio lo strumento, conferisco al mondo un mio significato; nella misura in cui lo strumento mi domina, è la sua struttura che mi plasma e informa la rappresentazione che io ho di me stesso. Lo strumento conviviale è quello che mi lascia il più ampio spazio ed il maggior potere di modificare il mondo secondo le mie intenzioni. Lo strumento industriale mi nega questo potere; di più: attraverso di esso, è un altro diverso da me che determina la mia domanda, restringe il mio margine di controllo e governa il mio senso della vita. La maggior parte degli strumenti che mi circondano oggi non può essere utilizzata in modo conviviale: sono strumenti ragionati nelle mani di altri, e ancora più spesso strumenti ragionati sfuggiti dalle mani di tutti e che esercitano selvaggiamente le funzioni intrinseche alla propria struttura.

Ivan Illich fa questa distinzione dunque tra Tecniche maneggiabili che necessitano del rapporto, dell'energia umana accessibile alle persone, immediatamente disponibile e tecniche manipolabili che necessitano di una intermediazione del sistema, fra energia e la possibilità della loro utilizzazione, intermediazione che si istituisce come norma, quindi la tecnica assoggetta chi ne è fruitore. Illich afferma che una società conviviale è una società che riacquista il senso della padronanza dei propri strumenti.

Altri testi dello stesso autore sono "La nemesi medica" e "Descolarizzare la scuola", entrambi ritrovano poi nella "Convivialità" la propria origine.

A lui dobbiamo lo studio dei sistemi medici come sistemi iatrogeni. In Nemesi Medica tratta del prevalere di una medicina che si appropria della cura espropriando dalla titolarità della cura il soggetto che ne è responsabile. L'uso di strumenti manipolabili,

cioè non più esercitabili dalle persone direttamente comporta la costruzione di monopoli radicali. La medicina come monopolio radicale è una medicina iatrogena che genera nuove forme di sofferenze che hanno come origine la medicina stessa.

Allo stesso modo la scuola è un insieme di strumenti manipolabili, che allontana i bocciati, che isola, che respinge e che mortifica le risorse personali. L'istruzione deve essere descolarizzata, deve essere abolita la scuola, e l'istruzione deve essere fatta in piccoli gruppi che si accompagnano con un maestro all'interno di propri percorsi personali, al di fuori di ogni obbligatorietà, da ogni vincolo, imposizione o intermediazione di discipline.

Per la prosecuzione del nostro discorso, sembra importante riflettere se il costituirsi di una tecnica "manipolabile" non possa essere considerata il punto centrale di condiscendenza più o meno consapevole della psicologia verso i processi di "immunizzazione". Talvolta tale processo si avvale esplicitamente di pre-concezioni della salute nel suo intreccio con la normalità e la diversità. Anche qui ricorrerò ad un esempio: la relativamente recente riclassificazione del gambling (gioco d'azzardo) tra le categorie patologiche.

Il dispositivo dell'immunizzazione oggi prevede una relazione più complessa tra normalizzazione delle diversità e costruzione di apparati "medicalizzati" in cui segregare le diversità non riducibili alla logica di mercato.

La costruzione sociale della (psico)patologia istituisce così l'insieme complemento della normalizzazione delle diversità nella loro intrinseca funzionalità alla dinamica sociale del neoliberismo e dell'inseguimento da parte di questo di una normalizzazione delle differenze come fonte del benessere soggettivo come opportunità di competizione sociale nel mercato.

Si noti che, in questo frangente, sempre più spesso il confine della segregazione è contrassegnato da una norma comportamentale che si intende forzosamente di riferire ad una norma neurobiologica.

L'allineamento di molta psicologia, nell'uso del linguaggio e nelle pratiche psicodiagnostiche ai linguaggi e alle pratiche della classificazione statistica delle cosiddetta salute mentale (il DSM 5) sempre più influente nel sezionare aree di normalità per interporvi il confine dei criteri della psicopatologia, o ai linguaggi e alle pratiche della neurobiologia, divenendo attori, forse a propria insaputa, di una più penetrante retorica riduzionista che cerca di obiettivare la pluralità fenomenologica e biopsicosociale complessa delle differenze nell'ottica obiettiva della neurodiversità.

Tutto questo può condurre taluno a ritenere che sia possibile pensare a forme di "monopolio radicale" della psicologia da parte della professionalizzazione e della accademizzazione del "discorso" sulla psicologia e sulla salute e che, entrambi, si mantenga al riparo di recinti istituiti e consolidati in prassi operative e in regimi discorsivi solidamente caratterizzati dallo specialismo esoterico contrapposto alla condivisione non collusiva dei linguaggi, alla co-costruzione e alla partecipazione.

In questa sede ci accarezza l'idea che il passaggio verso una dimensione "conviviale" della psicologia non necessariamente comporti, come sicuramente invece riteneva

Illich, una completa “deprofessionalizzazione” della psicologia, ma piuttosto una sua “riterritorializzazione”. Com'è noto, secondo Deleuze, punti caratteristici del percorso di omizzazione sono stati i processi di “de-territorializzazione” e “ri-territorializzazione”. Nell'abbandono della foresta per adattarsi al nuovo habitat della savana, l'uomo si è reso protagonista di un lungo processo conseguente anche all'acquisizione della stazione eretta, in cui la mano si “de-territorializza” come strumento di locomozione nell'ambiente arboricolo, riterritorializzandosi sull'utensile, la bocca si riterritorializza nella relazione labbra-seno, il volto subisce una drammatica trasformazione e si riterritorializza sul paesaggio. Ogni territorializzazione è il prodotto, dunque, di una “deterritorializzazione” e di una complessa “riterritorializzazione”.

Per riterritorializzarsi nel nuovo landscape epidemiologico ed epistemologico con cui abbiamo a che fare nel corso degli ultimi decenni della storia della nostra civilizzazione, nella transizione alla società complessa, post-cognitiva e post-moderna, con la nuova e per certi versi inedita collocazione di una dilatata rappresentazione della salute nella vita quotidiana, come possiamo riterritorializzare la Psicologia della salute?

In prima istanza occorre forse de-territorializzarla dai suoi luoghi più tipici, cioè il setting di laboratorio e il setting clinico nei quali si sono evoluti la psicologia sperimentale e la psicologia clinica e riterritorializzarla nella comunità, nella salute, nel rapporto con la disabilità.

I modi che la psicologia aveva assunto in passato sono ad oggi difficilmente sostenibili nel nuovo scenario che ci piace rappresentare con la metafora della città postmoderna, ambiente urbano complesso, e per Sergio Manghi (2008) è la Società della Cura, che crea nuovi confini nuovi distretti in cui si costruisce un nuovo posizionamento del soggetto per i quali gli strumenti tradizionali della psicologia sono difficilmente maneggevoli.

Se noi accettiamo la sfida della psicologia noi troviamo nella rideclinazione della salute, forse, uno strumento di ripensamento e forse di riterritorializzazione della psicologia. 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.

Quello su cui noi lavoriamo, vale sempre la pena ripeterlo, è il passaggio da una normalità normativa a una pluralità della normalità, ci sono molti modi di essere normali. Dice G. Canguilhem “non è possibile vivere senza norme”, il problema della storia della diversità, della disabilità, della malattia, del disagio psichico è che il 900 si è costruito con la complicità in primo luogo della psicologia, in una distinzione tra nella norma e fuori dalla norma. Per questo noi dobbiamo assumere una visione plurale della normalità, essere sani è essere normativi, è possibilità di costruire nuove norme e cambiare quelle esistenti.

La questione da esplorare è proprio il rapporto della psicologia con la tecnica: come possiamo ridefinire gli spazi tecnici perché la tecnica non sia la norma, non sia la tecnica a dettare la norma ma sia un elemento che viene convocato a processi di trasformazione di cambiamento nel senso della libertà, della possibilità della ridefinizione del rapporto tra soggetto e contesto.

Sgomento, discernimento, riposizionamento.

Per riposizionarsi è necessario lo sgomento, è necessario turbarsi e disorientarsi, è necessario confrontarsi con l'insufficienza del proprio sapere. È necessario anche per noi psicologi de-territorializzarci e ri-territorializzarci continuamente, accettando di avere a che fare con domande a cui non seguono risposte certe e precostituite, con contesti e persone che cambiano continuamente e con essi la varietà di norme possibili (Valentina Bua).

Improvvisamente, nel traffico, un giorno in autostrada sentii squillare il telefono cellulare. Mi raggiunse una telefonata allarmata: "Paride, abbiamo bisogno di te! C'è molta paura nelle famiglie a Brembate di sopra! Per favore vieni a incontrare i genitori della nostra Scuola, vieni ad aiutarli, ad aiutarci, perché la scomparsa di Yara ci ha lasciati senza parole. Siamo tutti sgomenti".

Vedevo scorrere nella mia mente, veloci come le automobili in autostrada, i volti di persone che avrebbero accolto senza difficoltà la richiesta d'aiuto dei genitori di Brembate di Sopra. Non io! Il sentimento che prevaleva era la sproporzione tra l'angoscia che percepivo nelle parole e in quelle che immaginavo percorrere lo sguardo e la voce di tanti genitori nel paesino del bergamasco colpito da una tragedia improvvisa e inenarrabile. La sproporzione tra questo sentimento e le mie forze, tra la responsabilità che mi veniva richiesta e quella che sentivo di saper sostenere con la mia competenza.

Sgomento. Sentivo di condividere questa emozione con le persone che mi convocavano a una responsabilità, nel momento in cui cercavo di capire quali competenze dovessero mobilitarsi per corrispondere a questa responsabilità. Pensavo di non venirne a capo, pensavo a chi inviare o, almeno, con chi condividere questa richiesta.

Non vorrei qui raccontare nel dettaglio il cammino compiuto, accompagnato da Maria Simonetta Spada, con la comunità di Brembate di Sopra, nei giorni dolorosi della scomparsa, delle prime indagini, della morte, del ritrovamento del corpo della piccola Yara, che hanno lasciato nella cittadina una traccia profondissima. Vorrei solo dire che vi fu la fatica di cercare di costruire insieme alla comunità uno spazio di sospensione della tensione e dell'allarme per potersi raccogliere e riconoscere nella relazione non discernibile tra sgomento e responsabilità. Una responsabilità che può e deve essere esercitata nel momento stesso in cui perdono spessore e significato le teorie e i modelli, sia quelli altisonanti entro cui si costituiscono le costruzioni psicologiche, sia quelli che presidiano in modo implicito il pensiero comune e le rappresentazioni sociali.

A distanza di tempo, ma non certamente allora, nel momento in cui lo sgomento mi metteva in discussione drammaticamente e minacciava di paralizzare ogni mia azione, a distanza di tempo mi sembra di cogliere nello sgomento la consapevolezza dell'ironia di Rorty (1989) e dell'improbabilità dei propri vocabolari definitivi.

Fatto sta che occorre a noi tutti poter ricostruire una responsabilità a partire da una sensazione di svuotamento di ogni vocabolario che non avrebbe potuto essere pronunciato senza cadere in una rettorica improponibile quanto inutilmente e impertinentemente consolatoria.

La scelta che condividemmo, con Andrea, Fulvia e don Corinno, fu quella di aiutare la comunità ad autoconvocarsi, facendo riferimento alla responsabilità condivisa degli educatori. Avremmo dovuto aiutare catechisti e insegnanti, allenatori e volontari della Caritas e della protezione civile, chi si fosse riconosciuto in una funzione di ascolto e di accompagnamento educativo dei più giovani e, soprattutto, i genitori, a incontrarsi e a condividere la possibilità di rimettere in circolazione la parola e la reciproca sostenibilità degli sguardi, di ritrovare la voce e di darsi il permesso di dire l'impronunciabile, di toccare fino in fondo le radici del nostro reciproco senso di impotenza impaurita, per ritrovarvi il richiamo solidale della responsabilità nel vivere nella comunità. Roberto Meneghini (2015), riferendosi al pensiero di Esposito (1998), ci ricorda che la comunità non si fonda tanto sull'aver cose in comune, ma sull'obbligazione e sulla reciproca responsabilità donativa, non tanto sul *communus*, quindi, quanto sul *munus*, cioè sul dono .

Il dono è stata la rete, il legame, che i genitori e gli educatori si sono costruiti per accogliere e sostenere la propria autoconvocazione e, dentro la rete, gli incontri con Simonetta e con me. Quegli incontri, così difficili e così importanti, in cui pian piano si imparava a discernere, a ricollocare sentimenti e pensieri, in una lenta, strana e rassicurante dinamica, in cui pian piano la tensione indifferenziata, scemando, lasciava riprendere nella quotidianità il senso della propria responsabilità come genitori, insegnanti, educatori.

Discernere è la possibilità e la speranza di rintracciare il filo che può condurre fuori dai labirinti in cui lo sgomento sembra trascinarci. Chi perde la fiducia nella pratica del discernimento, finisce col perdere la speranza di poter agire con senso appropriato della propria agentività. E quindi abbandonarsi a un agire irriflessivo o a un ripiegamento intellettuale sulla propria inazione. Il discernimento è un atto collettivo, un "memory work" che collettivamente rende nuovamente collocabili parole e significati che potevano sembrare o persino essere inservibili, rendendole disponibili a una trama che nuovamente sente di poter riprendere il cammino della propria narrazione. E in questo spazio collettivo, alla presenza gli uni degli altri, si rende allora possibile il "ri-posizionamento", la capacità di riprendere parola, di rivendicare il diritto-dovere di far uso dei nostri repertori simbolici e della loro forza illocutoria, di riprendere il senso delle nostre storylines (Van Langenhove e Harré, 1999).

Non esaminano le definizioni solide e maggiormente accettate (ad es. la malattia/Panacea, il malessere, la ricerca quantitative) per, successivamente, proporre e imporre altri "idoli" (Igea, la ricerca incondizionata e l'esaltazione del benessere, la ricerca qualitativa), ma creano i presupposti e le condizioni favorevoli a mettere in discussione tutto ciò che crea staticità, con la finalità di mettere in movimento il pensiero, il soggetto, l'organizzazione e l'intervento psicologico. (Francesco Santamaria)

Il dialogo, entro i contesti e nella comunità, richiede di partecipare ad un percorso di cambiamento in cui ciò che conta non è tanto ciò che lo psicologo o il ricercatore conosce, quanto il fatto che attraverso questo processo le persone coinvolte e autoconvocate siano messe in condizione di condividere e prendere coscienza della propria condizione, delle necessità, risorse e potenzialità, così come dei limiti, dei

valori e dei desideri che orientano e delimitano i comportamenti individuali e collettivi. L'analisi della domanda non sarà più allora solo il momento della messa in evidenza della mancanza, della patologia, del deficit, ma il luogo della simultanea valutazione e valorizzazione delle risorse e della costruzione condivisa di nuovi processi di adattamento che aprano a nuove, diverse e possibili "normalità".

Contribuisce a questa direzione una duplice crescente disponibilità, anche da parte del ricercatore, ad un posizionamento riflessivo e all'esercizio della critica entro processi orientati al cambiamento. In senso tecnico, la riflessività si riferisce alla circostanza per cui ogni descrizione-interpretazione della realtà e ogni azione tesa ad affermarla nei confronti delle altre persone si riflette sulla condotta del proponente influenzandola, e si accompagna con continue ridefinizioni della situazione che valgono poi da base per operare su di essa (cfr. Handel, 1982; De Grada e Bonaiuto, 2002;). La condivisione e il coinvolgimento costituiscono, in un certo senso, le parole chiave fondamentali e il file-rouge che contrassegna le diverse fasi del processo di cambiamento.

Tuttavia, ancora una volta, questo esercizio della critica non va inteso in modo eminentemente intellettuale e asettico, perché il cambiamento richiede innanzitutto la necessità di "prendere posizione" e di non essere disponibile per ogni stagione e ogni direzione.

Come è possibile rendersi conto nell'impegno di ricerca-intervento con le metodologie più radicali, la condizione dell'applicazione non banale di pratiche di intervento trasformativo sembrano comportare uno scenario e un orientamento "polemico", nel senso di Greimas, caratterizzato dalla presenza di un posizionamento identitario subalterno, infelice o ambivalente, sostenuto da una canalizzazione dell'esperienza entro confini che riducono i gradi di libertà e di espressione e che sono suscettibili di qualche forma di "naturalizzazione" o "oggettivazione culturale" (nell'esperienza di Frigga Haug, ad esempio, le "memorie" di genere). È parimenti necessaria una tendenza all'azione che rimetta in discussione i vincoli alle scelte e li trasformi in opportunità di riposizionamento mediante una ridefinizione collettiva dell'esperienza, capace ad esempio, di trasformare gli stigmi in occasioni di rivendicazione e pratiche di cittadinanza. Infine è indispensabile la consapevolezza "polemica" dei ricercatori del fatto che i posizionamenti subalterni e infelici chiamano in causa la responsabilità di alcuni costrutti psicologici (soprattutto mainstream) e psicosociali che colludono o addirittura fanno da sostegno alle "matrici di potere" entro cui si inscrivono subalternità e coazioni.

Ripensare la psicologia della salute al tempo del covid-19

Riflessioni a caldo sulla Pandemia Covid-19

"Mentre passavo per Token House Yard, nel quartiere di Lothbury, una finestra si spalancò d'improvviso e violentemente proprio al di sopra della mia testa, e una donna lanciò tre strida spaventose, e poi urlò: «Oh morte morte morte!» con indescrivibile accento, che mi pervase d'orrore e mi fece raggelare il sangue. Per la via non si vedeva anima viva, né si aprì alcun'altra finestra, perché ora la gente non mostrava curiosità in nessuna occasione, né era in grado di aiutarsi vicendevolmente; così che proseguii per passare in Bell Alley." (D Defoe, Diario dell'anno della peste, Londra, 1722)

La dimensione critica di questa vicenda pandemica è la radicale messa in discussione dell'idea positiva di contatto e di relazione come valore indiscutibile e del legame tra le persone come risorsa fondamentale per la sicurezza, la vita e lo sviluppo personale e sociale. Il valore che oggi si propone, negativamente, è "restate a casa" e il desiderio di contatto "corpo a corpo" è vissuto e stigmatizzato come pericolosa manifestazione di egoismo e di irresponsabilità. Quel che resta è un flusso di emozioni disordinate e "disembodied" (disincarnate) che non può più ricomporsi entro i rituali espliciti o impliciti destinati a veicolarle o a contenerle entro una "forma" sociale di "compassione". Esauriti i tentativi di restaurare "a buon mercato" forme di contatto virtuale e di relazioni a distanza, richiusi i balconi e aperte le sole finestre virtuali, l'emozione e le sofferenze tornano alla loro fisionomia muta e irriflessa.

Questa situazione emotiva è amplificata dal clima culturale che si è costruito negli ultimi decenni e che può essere sintetizzato nella transizione "dalla resilienza collettiva alla vulnerabilità individuale"

In un post di Frank Furedi¹⁵ questa transizione viene descritta sulla base di queste caratteristiche:

Il passaggio dalla resilienza alla vulnerabilità

"Oggi, la vulnerabilità è una delle caratteristiche distintive della personalità. Di conseguenza, lo scenario culturale che ora influenza la vita quotidiana tende a mettere in discussione la capacità delle persone di affrontare le esperienze avverse. Una volta che si vede che la vulnerabilità supera la resilienza umana, la capacità delle persone di affrontare le avversità può finire per essere compromessa. Ancora più importante, l'attuale esaltazione della

¹⁵ (https://www.frankfuredi.com/post/a-disaster-without-precedent?fbclid=IwAR0yTcsvgfui6c_ZDHg4gfuaHzixF7IArrDLHnKPxBxWCB_OAEjpuw61_ZF4)

vulnerabilità può amplificare il senso di impotenza che molti di noi provano di fronte alle emergenze”.

La psicologizzazione della vita quotidiana

“L'emergere della vulnerabilità come caratteristica distintiva della condizione umana ha alimentato una nuova tendenza per psicologizzare i problemi della vita e dell'esistenza quotidiana. I problemi di salute stanno proliferando in questi giorni. A un numero crescente di condizioni precedentemente considerate normali viene ora data una diagnosi di salute mentale. Timidezza, stress, scarsa autostima: sono stati tutti rinominati patologie mediche. La tendenza alla medicalizzazione della vita quotidiana è particolarmente pronunciata nel regno dell'infanzia. Fin da piccoli, i bambini sono incoraggiati a spiegare i loro problemi attraverso il linguaggio della psicologia. I bambini sono involontariamente incoraggiati a percepirsi fragili e vulnerabili e bisognosi di supporto professionale. Possiamo essere certi che la pandemia di Covid-19 non sarà sperimentata non solo come una minaccia per la salute fisica, ma anche come una crisi di salute mentale”.

Un acuto senso di insicurezza esistenziale

“L'idea che l'umanità si trovi di fronte a crisi esistenziali, praticamente sempre, è diventata una parte normale della vita di oggi. Un sintomo inquietante del senso di insicurezza gonfiato dalla società è la tendenza ad essere fatalista sul futuro. Molto spesso, le discussioni sulle pandemie si svolgono nel linguaggio dell'inevitabilità. Le notizie allarmistiche su pandemie del 1918 e l'estinzione globale hanno creato un contesto culturale in cui Covid-19 può essere interpretato come il capitolo conclusivo di un film di disastri nella vita reale. Una volta che questa visione distopica del futuro entra nel DNA della società, i governi possono avere difficoltà ad adottare misure proporzionate alla minaccia che le nostre comunità affrontano realmente”.

A questa analisi suggestiva occorre però aggiungere un processo di progressiva individualizzazione della concezione di salute, caratterizzato dall'individualismo: una posizione ideologica che privilegia la persona-individuo come un agente autonomo e autosufficiente, in cui “i legami tra individui sono deboli: ci si aspetta che ciascuno si occupi di sé stesso e della propria famiglia”. La psicologia negli ultimi decenni vi ha in parte contribuito con una forte focalizzazione sul Self, centrando fortemente l'attenzione su costrutti quali, per es. “immagine di sé” (selfimage), “autocontrollo” (self-control), “concetto di sé” (self-concept), “auto-percezione” (self-perception), “autostima” (self-esteem), “autoefficacia” (self-efficacy), ecc. Negli ultimi decenni forse la psicologia non è riuscita a ridurre l'impatto di una costruzione sociale secondo cui le persone sono essenzialmente “agenti individuali” interessati primariamente all'autopreservazione (Marks, 2002, pag. 90) e a correggere distorsioni di una prospettiva “salutistica” che “costruisce persone permanentemente ‘a rischio’ e simultaneamente ‘in allerta’ per il proprio benessere fisico e mentale” (Lupton, 1995) e ad una insistenza sulla “fitness” che costruisce persone che cercano in ogni modo di mettersi al riparo dai rischi a cui espone il moderno regime di vita. In questi modi, il discorso contemporaneo sulla salute attribuisce un'enfasi eccessiva ai processi di “autocontrollo” che inducono all'autosorveglianza e a un senso di coercizione,

non più agito istituzionalmente, ma esercitato mediante strumenti e tecnologie di auto-monitoraggio, valutazione del rischio e pratiche preventive.

L'emergenza Covid-19 da un lato ha messo radicalmente in discussione, il mito di una autodeterminazione individualista senza limiti e dall'altro ha legittimato ed enfatizzato forme di autodisciplina e autocontrollo sui corpi e sui comportamenti, con un'oscillazione dei desideri che mettono a rischio il senso di coerenza e integrità di Sé.

Inoltre la situazione che viviamo è il prodotto di una organizzazione capitalista e liberista che ha privilegiato profitto e diseguaglianza e che si è diffusa su un consenso fondato sul falso mito della immediatezza del soddisfacimento del desiderio, sulla diffusione di falsi bisogni e sulla persuasione occulta, con un dispiegamento di forze tale da far impallidire ogni anticipazione orwelliana. Il controllo sociale si è fondato sul consenso di una apparente autodeterminazione che in realtà era adesione a stili di vita compatibili con un modello centrato sul consumo controllato e organizzato da un marketing aggressivo e pervasivo, capace di penetrare nelle coscienze e di formarle. Un aspetto della crisi di oggi è che molti confondono la restrizione come compressione di una libertà, ma in realtà mette a nudo la interiorizzazione di un modello di comportamenti funzionali alla microfisica del capitalismo della postmodernità. Questa interiorizzazione ha coperto le grandi differenze, le grandi diseguaglianze, le ha anestetizzate e ha prodotto una docilità che aveva l'apparenza di una frenesia consumista. Ora rivendicare questa apparente libertà perduta è la sopravvivenza di questa dipendenza.

Un'altra dimensione scoperta è la percezione di una perdita di fiducia nella coesione sociale, una perdita dei rituali di aggregazione, di contatto e di solidarietà su cui si è costituita, nel bene e nel male, la traiettoria del welfare e il senso di appartenenza a diversi livelli: a livello familiare, di comunità, generazionale, di classe. La sensazione che verranno per lungo tempo a mancare i luoghi dello scambio collettivo in cui le persone costruiscono ed esplicitano la formazione di un'identità sociale è ben rappresentata dalla scomparsa delle cerimonie. La nascita, la morte, il lavoro, lo studio, persino l'attività fisica si consumano nell'isolamento emozionale degli individui e tutto ciò amplifica un senso a tratti disperato di isolamento e la tendenziale trasformazione del senso di comunità, di obbligazione etica verso l'altro, di costruzione di un destino comune autoconsapevole e solidale, in un esercizio di disciplina dei corpi, delle emozioni, delle relazioni e dei comportamenti. Chiese senza fedeli, comunità senza luoghi di aggregazione, luoghi di lavoro e intere classi lavoratrici private dei momenti di contatto e confronto sociale (dalle assemblee, alle mense), scuole e aule ben distanziate nei corpi e nelle emozioni, famiglie e donne soprattutto sottoposte a nuove forme di isolamento domestico e case, in cui talvolta abita violenza di genere e sui minori, che tornano a rendersi impermeabili allo sguardo della comunità e dei servizi. Uno scenario in cui potrebbero restaurarsi forme che ritenevamo obsolete di controllo e disciplina familiare, padronale, culturale sui corpi, le emozioni e la capacità di risposta collettiva. Una "normalizzazione" paradossale della vita sociale, cui non mancherebbe che qualche forma medicalizzata e/o psichiatrizzata di controllo delle manifestazioni di disagio o di devianza sociale.

L'implosione dei servizi sanitari e socioassistenziali italiani sotto la pressione della pandemia è il corollario di una crisi annunciata di un sistema di welfare che non riesce a risistemare le proprie ragioni sociali è che è destinato a ripensare i propri stessi fondamenti,

sulla base di un panorama epidemiologico inedito e ampiamente rimosso dalle ingegnerie culturali degli ultimi decenni.

La crisi epidemica ha evidenziato che l'implosione del modello è stata tanto più ragguardevole quanto più il sistema si caratterizzava:

- a) per una concentrazione sulla risposta intensivologica anziché di sanità pubblica
- b) per la mancanza di una adeguata protezione del personale sanitario e per la sua sovraesposizione a rischio infettivo, a overload lavorativo e a sovraccarico psicologico
- c) per la disconnessione tra le istanze di diagnosi e cura ospedaliera e le istanze di sanità territoriale
- d) per la disarticolazione della risposta sanitaria (ospedaliera e territoriale) e socio-assistenziale nella presa in carico delle situazioni critiche¹⁶

In sintesi la crisi ha evidenziato gravi punti di debolezza nella relazione nei modelli di presa in carico, nella connessione intersistemica nel management della cura/assistenza e nel governo del territorio, nella disconnessione tra un sistema sanitario centrato prevalentemente sulla persona e sulla malattia, anziché in grado di riequilibrarsi con una appropriata attenzione anche alla comunità e alla salute.

Questa implosione non è attualmente misurabile, non solo per la denunciata imprecisione dei dati epidemiologici del Covid-19, ma anche per l'impossibilità di misurare gli effetti indiretti, anche in termini di morbilità, mortalità e di incremento del disagio, sulla gestione della salute fisica, mentale e sociale, per l'impatto della mancanza di cura per le patologie che hanno trovato una risposta parziale o rinviata a causa della ridotta accessibilità alle prestazioni, per il rinvio o l'annullamento della prevenzione, per le enormi difficoltà nel supporto alla salute mentale, alla disabilità, per la contrazione della risposta assistenziale in un momento di intensificazione del bisogno, per il ridimensionamento della funzione sociale di supporto alle famiglie delle istituzioni e dei servizi scolastici ed educativi, dei servizi socioassistenziali e domiciliari per gli anziani e i disabili e così via.

Quello che emerge è dunque un panorama di un'emergenza devastante, di uno tsunami, per usare questa metafora, che apre problemi che non possono in alcun modo risolversi semplicemente per il ritiro della marea. Niente può tornare come prima, restaurando una "normalità" la cui fisionomia e le cui evidenti criticità sono state concausa della devastazione.

QUALE PANORAMA PER IL FUTURO

L'Onu ha dichiarato che il COVID-19 rappresenta la crisi sanitaria peggiore con cui ha avuto a che fare nei suoi 75 anni di vita. Siamo assistendo ad una pandemia che non conosce confini e colpisce ogni continente. Una vera e propria strage collettiva. Quando l'ondata acuta sarà passata, gli economisti prevedono uno scenario mondiale con un'economia al collasso, che dovrà ricostruirsi sulle sue macerie.

In Italia, ci dicono illustri esperti all'unisono, la situazione ricalcherà il dopoguerra. Ce la faremo, continuiamo tutti a ripetere come un mantra, ma siamo consapevoli del fatto che i primi anni saranno difficili. Quello che non dobbiamo rischiare di sottovalutare è ciò che abbiamo capito in questa fase: l'importanza della sanità pubblica e di una comunità coesa a livello sociale dove le scelte del singolo sono vissute con la consapevolezza del loro impatto sulla collettività. Molte sono state durante l'acuzie di questa crisi, le dimostrazioni di solidarietà e molte le creative iniziative nei confronti di chi era più in difficoltà. In generale una

¹⁶¹⁶ Si veda anche la presa di posizione della FROMCeO Lombardia, "Nuova lettera indirizzata ai vertici della sanità lombarda" del 6/4/2020.

dimensione apparsa chiara a tutti è che gli esseri umani hanno una capacità di adattamento, di resilienza e di solidarietà superiori a quanto ci si potrebbe aspettare.

Questo potrebbe ben rappresentare il punto di partenza della ricostruzione che non può non partire dal territorio.

Il tema della ripartenza comincia oggi ad essere al centro dei nostri dibattiti. Il rischio, che si intravede in questa fase, è prefigurare un futuro basandosi sulle aree carenti, deficitarie o compromesse dall'epidemia a tutti i livelli (di salute, economico, sociale, e politico). La sfida invece dovrebbe essere quella di favorire la società nella ripartenza valorizzando le risorse anche grazie all'ascolto, l'osservazione partecipata e la partecipazione diffusa. Soprattutto senza avere in mente contenitori definiti come risposta ad eventuali sintomi bensì riconoscendo anche in questi ultimi l'espressione di una potenzialità di ripresa. Lungi dal promuovere l'assenza della presa in carico del malessere del singolo, si sottolinea qui il rischio di prefigurare oggi bisogni prevedibili in base ai fatti intercorsi durante l'epidemia e pensare a risposte che non favoriscano l'attivazione delle risorse individuali.

Un percorso di salute collettiva piuttosto che di malattia. Consapevoli che la salute a volte ci interroga e altre ci tradisce ma anche consapevoli delle nostre capacità di fronteggiare e trovare altre strade quando la via principale non è percorribile.

Gli psicologi, come molti altri professionisti della cura, in questa fase sono scesi in campo e si sono resi disponibili ad aiutare le persone ad attraversare la fase acuta. Questa opportunità, così preziosa in questo momento non deve però orientare verso un futuro di "psicologizzazione" o peggio "psichiatrizzazione" dei vissuti e della quotidianità. Abbiamo già sperimentato gli effetti collaterali della medicalizzazione di massa. – 'La medicalizzazione di massa è una catastrofe iatrogena scrive James Le Fanu, medico di famiglia in pensione in un articolo sul BMJ (giugno 2018) e non vorremmo correre il rischio di un fenomeno simile.

Viene in mente l'epidemiologo inglese **Geoffrey Rose** (1926-1993), che invoca una 'strategia di popolazione', per far fronte all'epidemia di fattori di rischio da arginare prima che questi producano 'malattia'. La sua proposta si basa su un approccio farmacologico. James Le Fanu, nell'articolo citato, punta il dito sull'epidemia silenziosa di effetti indesiderati provocata dall'eccesso di medicalizzazione, a fronte di benefici spesso assenti nella maggior parte dei 'consumatori seriali' di farmaci. Ad essere aumentati, ci scrive, di sicuro sono invece gli effetti indesiderati da farmaci. A fronte di questa 'epidemia' prescrittiva, non sorprende dunque secondo l'autore, l'ondata di *fatigue*, dolori muscolari, insonnia e malesseri vari che affliggono sempre più pazienti.

In sostanza l'autore ci suggerisce un'idea molto semplice. Quando siamo in troppi ad avere a vivere la stessa situazione di malessere bisogna pensare in termini di prevenzione e promozione della salute.

Cade a pennello l'esempio dei test psicologici. Se, in questo momento, proponessimo a tappeto test per la valutazione dell'ansia probabilmente ci troveremo di fronte ad una popolazione con punteggi omogeneamente significativi, ma su quale livello di base?

Oggi il rischio è semmai quello di contribuire, involontariamente, a rinforzare e a "individualizzare" un disagio che con tutta evidenza muove dalla restrizione dei gradi di libertà, delle opportunità di scelta, dalla percezione di una riduzione di spazi di autodeterminazione e di risposta. Oggi l'azione psicologica non può correre il rischio di "saldare il sintomo alla persona". E se, naturalmente, occorre prestare attenzione ai singoli casi di sofferenza e di crisi, l'azione psicologica deve soprattutto orientarsi a ricollocare il soggetto entro una prospettiva proattiva, di valorizzazione delle risorse collettive e nella ri-costruzione di una rete proattiva di capitale e legame sociale.

Questo significa che la situazione richiede anche l'adozione di dispositivi di analisi e ricerca psicologica inediti, proprio perché la generalizzazione di strumenti tradizionali, costruiti in contesti diversi e focalizzati soprattutto sulle risposte individuali, rischia di restituire una percezione ipersemplificata e distorta del panorama psicosociale complesso proprio di questa evenienza pandemica.

Molti aspetti della sofferenza della popolazione sono sotto gli occhi di tutti noi. Il tema dei lutti senza rituale e delle loro possibili conseguenze sul piano individuale e della collettività, l'effetto della permanenza a casa in condizione di isolamento sugli adolescenti ma anche degli anziani, la privazione delle relazioni più significative e dei gesti del quotidiano (...). Tutti questi sono temi che, più che di un approccio settoriale alla ricerca degli esiti, potrebbero giovare di una riprogettazione dei servizi e della rete. Sarà necessaria una risposta capillare,

a partire dal territorio, fortemente integrata sul piano sociale e sanitario, con grande attenzione ad un tema di salute che non può che essere pensato in termini ampi e inclusivi. La Psicologia dovrà sicuramente spendersi in termini di una risposta individuale al singolo, alle famiglie e ai gruppi ma anche essere capace di insistere sulle risorse e ragionare sempre in termini preventivi rivolgendo la propria attenzione alla comunità stessa e alle risorse presenti e potenziali. La strada che dobbiamo intraprendere non è valutativa e cristallizzante bensì orientata alla costruzione e al potenziamento del welfare di comunità.

Oggi la psicologia è chiamata a concentrare i propri sforzi verso la necessaria e grandiosa mobilitazione delle risorse sociali e psicosociali volti a costruire il necessario cambiamento che consegue alla scoperta dolorosa, richiamata dal sommo Pontefice, che "ci siamo pensati sani in un mondo malato". Una grande mobilitazione per ripensare e riprogettare un quotidiano di relazioni, di solidarietà, di rispetto e di impegno personale e sociale. Questo richiede perciò di proiettare le risorse culturali, scientifiche e operative anche della psicologia anche nel ripensare e saldare la prospettiva della "cura" e dell' "I-care", della presa in carico della persona e della promozione della salute a livello individuale e collettivo

Al di là di una emergenza che ha visto una affluenza di risorse dall'esterno, è necessario pensare a servizi che possano stabilmente garantire quel ponte tra ospedale e territorio oggi indispensabile, interfacciarsi con i comuni, con gli enti accreditati, con i medici di base e pediatri di libera scelta, con le scuole, con i contesti di aggregazione, etc, per garantire una capillare presa in carico socio-sanitaria sul territorio. Il lavoro che ci spetta è quello di una ridefinizione rispetto a quanto in essere, pensando che, come per l'ospedale, sia necessaria una rimappatura dei bisogni, portando i servizi di psicologia dentro i contesti di vita, entro un'ottica promotiva e non confinata in modo prevalente alla richiesta d'aiuto del singolo già in difficoltà, che trovano risposta entro i servizi già presenti.

Una riconfigurazione dell'offerta complessiva, capace di valorizzare le risorse del territorio e l'utilizzo di metodi che favoriscono la cittadinanza attiva, la responsabilità sulla salute ed un approccio solidale chiede una valutazione delle risorse psicologiche necessarie.

La complessità delle domande psicologiche che agiscono ai vari livelli in cui sono organizzate la presa in carico e le cure nei servizi sanitari e socioassistenziali evidenzia un bisogno di integrazione e management delle cure che coinvolgono i sistemi di adattamento plurale entro cui si inscrivono le vicende di salute e malattia.

La professionalizzazione dello psicologo in un sistema di sanità moderno e integrato passa anche per la capacità di intercettare questo bisogno e di offrire pratiche consulenziali in grado di migliorare efficacia, efficienza e continuità dei processi di cura nell'arco vitale, assicurando una puntuale cura delle interfacce tra sistemi di presa in carico.

Può la psicologia farsi trovare preparata ai compiti che indubbiamente l'aspettano, per una prova di professionalità, lungimiranza e responsabilità, senza mancare clamorosamente e ulteriormente la convocazione con la storia del nostro Paese?

In queste settimane si moltiplicano iniziative di ascolto psicologico in diverse province, molte delle quali sembrano espressione di una risposta generosa, alcune sembrano dettate da un certo opportunismo culturale, alcune da improvvisazione, ma, nella maggioranza dei casi, non sempre ben congegnate e ben coordinate entro una visione chiara e integrata con la complessità dei compiti e delle risorse e non sempre in grado di intercettare bisogni che non si presentano oggi in forma chiara e distinta come richiesta di aiuto psicologico, ma che più spesso si trovano inframmezzati e indiscernibili nella pressione della sofferenza psicologica intrecciata con l'emergenza e l'incertezza sanitaria, economica, sociale.

Di fronte a questa complessità ciascuno di noi ha il dovere non solo di non proporre soluzioni semplificate e stereotipe, ma ancora di più, di non semplificare i problemi per adattarli alle soluzioni unilaterali di cui si dispone. Ci troviamo di fronte a problemi inediti e,

probabilmente, dovremo fare appello alla nostra capacità di mettere in campo anche risposte inedite, benché accurate, non improvvisate, scientificamente fondate. Siamo anche un po' allarmati, ma non sorpresi, per la fioritura di cosiddette ricerche, valutazioni, questionari, molti improvvisati, fatti senza coordinamento, che stanno popolando in po' tutta Italia e che colpevolmente le Università non si affrettano a contenere o almeno a coordinare. Una fretta incomprensibile, inappropriata ed eticamente discutibile, di validare, di pubblicare, di cogliere l'attimo, di presidiare il campo.

Di fronte a questo parrebbe necessario prestare attenzione almeno ad alcuni requisiti preliminari di ogni prospettiva di intervento psicologico in questo frangente storico.

Il primo requisito è certamente che ogni intervento debba essere assolutamente coordinato con le unità di psicologia che operano in ciascun servizio sanitario e sociale ed essere rispettoso delle scelte strategiche, delle professionalità e delle linee di azione che le caratterizzano nella risposta alla situazione critica con cui hanno a che fare, nell'esercizio della propria responsabilità, semmai cercando di valorizzare le opportunità di coordinamento, le risorse di riflessione critica e di riposizionamento e di assunzione di responsabilità nel panorama multisetoriale e multiprofessionale propria di questa emergenza.

Un altro importante requisito degli interventi è che questi non siano improvvisati, ma corrispondano ad un posizionamento specifico e scientificamente e professionalmente consolidato nei problemi che si intendono affrontare, senza affidarsi a metodologie generalizzate, ma a modalità di intervento fortemente contestualizzate e in sintonia, da un lato, con la comunità e con la rete di significati che le caratterizzano e, dall'altro, con la configurazione della domanda, e non solo dei bisogni, che caratterizzano le soggettività, le identità e le responsabilità in gioco. La garanzia a questo riguardo è quella di condurre ed esplicitare una appropriata analisi della domanda, condotta col rigore e l'accortezza scientifica che è e dovrebbe essere propria di una psicologia "non ortopedica" e consapevole.

È quindi necessario evitare di lasciarsi abbagliare o di abbagliare il campo mediante un affidamento acritico alle tecniche, di cui occorre avvalersi entro appropriati setting relazionali e non affidarsi ad esse come ad una soluzione standardizzata a prescindere. Il punto è proprio che l'intervento deve collocarsi in una prospettiva strategica consapevole e riflettere attentamente sulle condizioni di variazione del set-setting determinabili sulla base sia delle condizioni di emergenza, sia del panorama e delle dinamiche multisetoriali e multiprofessionali con cui è necessario interagire e integrarsi. Anziché proporre loro soluzioni basate sulla nuova adozione di tecniche di manipolazione e di batterie psicodiagnostiche, le unità di psicologia dovrebbero essere sollecitate e aiutate a "decostruire" alcune delle proprie modalità di risposta per "ricostruirle" alla luce delle inevitabili e necessarie "variazioni sul setting".

.Ma il requisito fondamentale è che, senza rinunciare alla specificità operativa propria di ciascun livello di intervento, le proposte muovano in una chiave ecosistemica esplicitamente riconoscibile e chiaramente declinata, caratterizzata dal rispetto e dal riconoscimento di valore psicologico alle ownership, alle titolarità e alla responsabilità in gioco. L'intervento stesso deve cominciare proprio dichiarando e declinando la propria collocazione e responsabilità entro questo panorama ecosistemico, senza pensare di agire in una sorta di "stato di eccezione". Ciò non significa che ciascuno deve agire su ogni livello

ecosistemico, ma che piuttosto debbano essere evidenziate le valenze ecosistemiche con cui viene allestito il setting dell'intervento. Ciò non significa certo che non possano essere pensati e proposti interventi di ascolto, di sostegno individuale o di gruppo, a livello familiare o di comunità, di debriefing o defusing, di valutazione psicodiagnostica, di rielaborazione, narrazione, scrittura, psicoeducazione e quant'altro. Significa che questi debbono essere disposti entro uno spettro coordinato di azioni e sappiano riconoscersi lungo traiettorie sistematiche di programmazione territoriale integrata.

Come deve quindi configurarsi l'intervento psicologico nella fase dell'emergenza e, ancor più, nella fase della cosiddetta "ripartenza"?

Detto in breve, l'intervento psicologico deve orientarsi ad attivare e a sostenere reti e istanze di responsabilità e di supporto reciproco che agiscano in modo integrato entro i diversi piani e livelli ecosistemici, individuale, familiare, sociale, istituzionale e culturale, contribuendo a costruire un quadro organizzativo coerente e ben articolato in grado di accogliere e rispondere ai bisogni delle persone e dei territori, in una prospettiva di tempestività e di empowerment.

Tre possono dunque essere le direttrici strategiche di lungo le quali implementare questa prospettiva:

1) Contribuire alla realizzazione di unità di organizzazione e di intervento territoriale integrato, in équipe multiprofessionali e multisettoriali, sia a livello delle cure primarie, sia in livelli coordinati e integrati di intervento di II e III livello, in grado di assicurare e coordinare una presa in carico integrata della persona. Gli psicologi di ASST (ASL), in équipe con i MMG, gli infermieri di comunità, l'assistente sociale (di ambito o comunale) ed eventualmente l'educatore e l'ostetrica di comunità costituiscono una unità di cura primaria (sanitaria e socioassistenziale) integrata. Tale unità nel suo complesso e ciascuna professionalità, secondo le linee di intervento ad essa specifiche, si attiva e contribuisce a:

- a. presa in carico della persona nel suo complesso
- b. valutazione multidimensionale dei bisogni
- c. definizione di piani personalizzati di inclusione, di assistenza e di cura
- d. integrazione dei servizi destinati alla persona¹⁷.

Lo psicologo esercita le proprie funzioni di accoglienza, analisi della domanda, ascolto e sostegno psicologico verso le persone e i familiari e definisce, insieme agli altri operatori, un quadro di intervento integrato in cui collocare, ove necessarie, specifiche modalità di supporto psicologico anche a livello clinico. Inoltre insieme all'équipe, contribuisce al conseguimento di obiettivi di empowerment e autodeterminazione consapevole del soggetto nel processo di cura/assistenza, di responsabilizzazione della persona e della famiglia nel contesto delle relazioni sociali e di comunità. Inoltre lo psicologo, in coordinamento con gli altri operatori delle cure primarie e con le équipe di intervento socio-assistenziale, assicura il sostegno psicologico entro i percorsi e i processi clinici e assistenziali. Infine lo psicologo promuove l'attivazione delle risorse di comunità, di supporto e coesione sociale, per sostenere e rispondere ai bisogni della persona nel proprio contesto. In questa

¹⁷ Si noti che questi obiettivi, già previsti nella LR Lombardia 23/2015 non hanno nei fatti ottenuto una chiara e convincente attuazione sul piano dell'organizzazione e della pratica di sistema

prospettiva le equipe integrano e raccordano l'intervento con le unità di offerta sociosanitaria per un piano personalizzato di intervento e di inclusione sociale, per una valutazione multiprofessionale, per un supporto alla persona fragile e alla sua famiglia.

Nella contingenza epidemica, lo psicologo contribuisce ad una presa in carico delle criticità e facilita l'analisi dei bisogni a livello delle unità familiari coinvolte, fornendo un supporto nella fase acuta, assicurando il contatto e l'assistenza psicologica al soggetto e ai familiari nelle fasi di isolamento e, per quanto possibile, di trattamento, tenendo conto dei profili di personalità, delle risorse di resilienza della persona e della rete familiare, favorendo, insieme agli altri operatori sociali, l'attivazione delle risorse di contatto e supporto sociale secondo i bisogni e le modalità con cui questo si rende realisticamente realizzabile. Lo psicologo cura inoltre, dal punto di vista psicologico, e insieme agli altri operatori il reinserimento nella fase postacuta e accompagna il soggetto quando necessario nella rielaborazione e nel contenimento post-traumatico.

2) Lo psicologo nelle reti territoriali per lo sviluppo di comunità e della coesione sociale

Lo psicologo si colloca entro la prospettiva e il confine di una prospettiva sanitaria e sociosanitaria territoriale, in cui il professionista della salute muove verso un più ampio obiettivo di tutela e promozione dei processi e delle traiettorie di salute della collettività. Si tratta da un lato di ricongiungere i momenti della cura e della presa in carico con quelli della promozione della salute e della prevenzione, ma dall'altro lato si tratta di costruire momenti di responsabilità sociale sulla salute e sullo sviluppo personale e sociale che prevedano ad esempio: la promozione di gruppi di genitori per la promozione della genitorialità, in continuità con i gruppi nascita, lungo tutto l'arco del percorso educativo e scolastico (in collaborazione anche con i consultori e le scuole); gruppi di promozione dell'attività motoria e dell'aggregazione sociale per le persone ad ogni livello d'età; gruppi di familiari per la gestione sana del tempo libero per tutti e per la promozione di forme "leggere" di accoglienza dei minori in difficoltà; gruppi di attività per la gestione dello stress; gruppi di intervento per la prevenzione del decadimento cognitivo. Tutte queste attività, in collaborazione con le iniziative di diversi soggetti nel territorio, costituiscono una risorsa anche per persone che vivono momenti di difficoltà nel corso della propria vita sociale e familiare. Qui lo psicologo del territorio può rappresentare il filo che unisce i nodi di quella rete complessa di persone, servizi, sguardi e attenzioni, impegnato a sollecitare le risorse del territorio, valorizzando la cultura locale e promuovendo posizionamenti personali attivi, consapevoli e autonomi, capaci di ampliare i gradi di libertà e i livelli di responsabilità personale nel più ampio contesto di comunità. In quest'ottica il gruppo, mediato e facilitato dalla presenza dello psicologo, organizzato attorno a tematiche d'interesse che si interconnettono con i touchpoint dello sviluppo, potrebbe costituire un contenitore di salute, utile per sollecitare la risorsa del "mutuo aiuto" e collocare in una dimensione collettiva la domanda inerente la salute e il riposizionamento personale.

Nella fase dell'emergenza e della ripresa, lo psicologo, insieme alle risorse sociali e socio-assistenziali del territorio, può riconoscere, sollecitare e sostenere risorse e forme di supporto sociale compatibili con le condizioni di isolamento, raccordandosi con i soggetti istituzionali e favorendo l'allocazione di risorse. Esempi in questa

direzione vengono anche dalla mobilitazione in queste giornate, ad esempio, nel supporto all'auto-organizzazione del volontariato nel supporto porta a porta e nella creazione virtuale e, ove possibile, reale, di reti di prossimità per le esigenze quotidiane, nell'esplorazione di risorse personali e nella loro connessione, anche a distanza, nella disponibilità e raccordi di reti di genitori, condivisione di risorse educative, supporto e scambio, come ad esempio nell'iniziativa volta "NoiRestiamoInsieme" volto al supporto delle fragilità e delle persone con disabilità:

"L'emergenza sanitaria COVID-19, che ha ferito Bergamo e il suo territorio in modo esteso e crudele, non ha solo provocato lutti individuali, ma sta colpendo la città nel suo nucleo più vitale, quello che costituisce il tessuto delle relazioni sociali. Nell'aggredire tutti, il virus penalizza, ancor di più, le situazioni di fragilità sociale, le persone con disabilità di ogni età, gli anziani, i nuclei familiari piccoli o individuali; in questi casi, si fanno più acute e più gravi le sensazioni di isolamento e solitudine, la mancanza dei contatti quotidiani e delle progettualità che si rinforzano ogni giorno, quando si riescono a rinvigorire le energie e a scambiare e rinnovare le idee. C'è bisogno di un luogo per ritrovarsi, per stare insieme in qualche modo, anche non sincrono, per condividere progetti e attività, per nutrire le ore di speranza e di ipotesi di futuro. Apriamo dunque questo sito alla collaborazione e all'ideazione di tutti, perché possa riempirsi di suggerimenti, racconti, scambi. Per il momento, abbiamo raccolto, intorno a quattro aree tematiche principali – mi informo, imparo, mi svago, incontro – alcune fra le idee e le iniziative che hanno circolato e si stanno diffondendo in questo periodo "in rete". Abbiamo cercato di dare particolare voce a ciò che nasce nel territorio, ma non solo. L'intento però è quello di offrire un contenitore che si popoli e si alimenti con la collaborazione di tutti...."

In modo analogo si tratta di promuovere, pur in condizioni di isolamento sociale, risorse e opportunità volte a sostenere le connessioni interpersonali, il senso di comunità, il supporto reciproco e la ricostruzione di una fiducia nella coesione sociale, assicurando e pianificando ove possibile forme di accompagnamento anche alla gradualità della "ripartenza" nei territori, soprattutto sostenendo in modo solidale le situazioni di fragilità, in modo che nessuno si senta abbandonato o escluso.

3) Presenza professionale dello psicologo nell'organizzazione strategica, nella progettazione e nel monitoraggio degli interventi di tutela e promozione della salute e dell'assistenza sociale integrate nei territori.

Queste iniziative si collocano e si raccordano in una collaborazione strategica orientata a fornire una base intenzionale di intervento e di supporto alla governance che, per esempio, sia in grado di costituire una rete intenzionale tra i diversi soggetti istituzionali, e territoriali che concorrono, nei diversi livelli, alla definizione delle politiche sanitarie e sociali:

- contribuire a condurre una corretta analisi della domanda, in grado di rilevare il panorama delle risorse, delle aspettative, delle "culture locali";
- elaborare strumenti di sollecitazione e di maturazione dei processi partecipativi, in modo da rendere disponibili risorse sociali diffuse, riconoscendo un ruolo di primo piano agli stakeholder e, in prospettiva, promuovendo una cittadinanza co-protagonista e co-intelligente di un itinerario in cui gli obiettivi sono comuni e condivisi, anche se i ruoli e le responsabilità sono mantenute rigorosamente distinte;

- affiancare a una doverosa analisi dei bisogni, condotta con strumenti tecnici appropriati, un piano di “promozione sociale” della domanda, anche attraverso la messa in azione di dispositivi metodologici puntuali in grado di valorizzare risorse importanti della convivenza sociale, quali il senso di comunità, l’empowerment , la rete comunicativa, il supporto sociale. Seguendo questa strategia che mira insieme alla valutazione e alla valorizzazione delle risorse della comunità, si può favorire la maturazione di una “comunità competente”, in grado cioè di promuovere una migliore qualità della vita;

- valutare sistematicamente l’impatto positivo o negativo degli interventi relativi alla pianificazione territoriale, degli interventi assistenziali e sociosanitari, integrati nelle politiche sanitarie, abitative, del lavoro e della formazione, sul le relazioni sociali e sui profili della comunità, cioè sul “landscape” personale, sociale e culturale che caratterizza il territorio;

- valutare e monitorare, a breve e lungo termine, i risultati degli interventi sia in termini di efficacia sia in termini del contributo che gli interventi sono in grado di apportare sulla coesione sociale e sul vissuto soggettivo dei cittadini.

Naturalmente primo obiettivo dovrà essere quello di una puntuale analisi, anche a livello dei processi psicologico-sociali, della comunicazione sociale, degli atteggiamenti, delle rappresentazioni, e della mobilitazione delle risorse di comunità così come si stanno configurando nell’attuale fase di emergenza. È appena il caso di sottolineare che l’impreparazione e l’implosione delle strutture sanitarie e socioassistenziali ha avuto e avrà imponenti risvolti anche sul piano psicologico sia a livello individuale, sia a livello collettivo e di comunità. Proprio in questa prospettiva, gli psicologi devono progressivamente intervenire con una propria traiettoria professionale nella territorializzazione dei sistemi sanitari e socio-assistenziali e agire in essi la prospettiva della promozione della salute e dello sviluppo di comunità. Occorre cioè rispondere a questa emergenza anche ridisegnando, in uno sforzo di progettazione e di riflessione partecipata con i soggetti di sistema, la collocazione professionale dello psicologo e la sua fisionomia istituzionale

Questa dimensione si rende indispensabile, insieme alle altre sopradelineate, soprattutto nella consapevolezza che “andrà tutto bene” non può essere uno slogan o una pia illusione, ma un impegno da mettere immediatamente in cantiere.

Bergamo, 19 Aprile 2020

Conversazioni sulla salute ai tempi del COVID-19: la psicologia tra richiami delle sirene e disobbedienza

<https://uncaffeconigea.wixsite.com/website/post/il-quaderno-degli-appunti-un-caff%C3%A8-con-paride-braibanti>



CONVERSAZIONI CON PARIDE BRAIBANTI

Il quaderno degli appunti

UN CAFFÈ CON IGEA

#HOWABOUTACUPOFCOFFEE

Paride Braibanti insegna psicologia presso l'Università di Bergamo. È stato presidente della Società Italiana di Psicologia della Salute e docente della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute presso "Sapienza" Università di Roma.

Benvenuto nel nostro blog Paride, volevamo intanto ringraziarti per aver accettato il nostro invito a prendere un caffè insieme.

Come ti abbiamo detto al telefono, questo blog nasce dal desiderio di pensare ad alcune questioni rilevanti per la professione psicologica, desiderio che è ancora più forte in un momento come quello che stiamo vivendo in cui sembra esserci spazio solo per i grigi, tutto è incerto e forse mancano degli appigli.

Per esempio, tra di noi ci siamo molto interrogati sulle dichiarazioni di alcuni colleghi che pensano che ci sarà solo il post-traumatico, che parlano solo di trauma collettivo, pensando ad interventi in termini prevalentemente individuali.

Abbiamo anche riflettuto sul tema dell'avvento di una nuova era, diffuso anch'esso tra colleghi ed intellettuali che pensano che la pandemia ci cambierà per sempre. Anche Grossman ha scritto un bel pezzo su Repubblica su quello che succederà dopo.

Ora, noi spesso ci chiediamo cosa succederà dopo e molto onestamente ci diciamo che non sappiamo fare previsioni.

Fate benissimo a fare il blog, soprattutto se lo tenete come un posto dove si prendono appunti, dove ci si scambiano annotazioni, dove non si costituiscono delle risposte. Uno spazio che accoglie delle note, delle riflessioni, in cui si fa emergere la categoria del dubbio. Infatti, penso che in questo periodo è meglio restare in silenzio e ascoltare, se mai, prendendo degli appunti. Io avevo in mente di restare in silenzio, prima che voi veniste a "bussare" per chiedermi di fare questa chiacchierata insieme.

Siamo d'accordo con te e ci auguriamo di riuscire a mantenere un atteggiamento che sposi l'epistemologia dell'ignoranza di cui abbiamo spesso parlato, consentendoci di rimanere in dialogo e aperti alla costruzione di nuove narrazioni.

Con questa premessa, se sei d'accordo, possiamo iniziare con alcune questioni che volevamo condividere con te.

Vediamo che tutta la nostra categoria si sta molto mobilitando per offrire interventi di supporto psicologico focalizzati sull'emergenza Covid. Qual è il tuo pensiero rispetto al posizionamento e alle proposte di intervento della psicologia in Italia oggi?

Condivido la mobilitazione degli psicologi, ma nel migliore dei casi risponde ad un'esigenza degli psicologi. Un bisogno di attivarsi, essere presenti, generosi. In alcuni casi è opportunismo; per esempio, vedo comparire delle offerte che propongono i primi tre incontri gratuiti e una prosecuzione a prezzi calmierati. Poi, altri approfittano di questa situazione per accreditarsi come realtà in grado di prendere in carico la sintomatologia post-traumatica secondo modelli standard. Non che non ci siano e non ci saranno situazioni che necessitano di un intervento clinico, ma è necessario collocarli adeguatamente, considerando che queste proposte non rispondono a tutti i problemi e non esauriscono tutte le proposte.

Poi mi accorgo spesso che gli psicologi si muovono sulla base di una richiesta, che non viene generalmente dalle persone che sono esposte, ma dalle istituzioni che chiedono l'intervento psicologico sulla base delle loro rappresentazioni sui bisogni rilevati. Mi spiego meglio, molto spesso, come direbbe Carli, gli psicologi colludono con la rappresentazione che il committente ha del problema. Per questo, la prima cosa che

chiederei ad uno psicologo è se abbia fatto l'analisi della domanda, se ha presente quali sono i bisogni che corrispondono alla domanda.

Sono preoccupato per gli studenti di psicologia e i colleghi perché le “sirene del post-traumatico” sono sirene pericolose; queste definiscono un ruolo, una tecnica, una modalità di intervento ed hanno il crisma della scientificità. Nonostante i miei studenti e i colleghi si lascino talvolta abbagliare da queste sirene, spesso mi permettono anche di riflettere, raccontandomi le loro esperienze. Per esempio, un collega psicologo che sta lavorando nel campo delle indagini epidemiologiche mi ha raccontato di una “trasgressione”. Nella sua azienda, invece di mangiare tutti separati, ogni tanto ordinano la pizza e la mangiano tutti insieme. Questo episodio ci ha dato lo spunto per parlare della disubbidienza come intervento psicologico. Mi spiego meglio, non mi riferisco al fatto di trasgredire e andare a mangiare una pizza o fare come il signore di Palermo che va in spiaggia ogni giorno perché tanto ha i soldi per pagare le multe. Questi sono solo sintomi della disubbidienza, mentre noi abbiamo riflettuto su quanto sia diversa l'organizzazione della disubbidienza nei termini di una disubbidienza rispetto alla cultura emergente dell'isolamento e del controllo sociale sulle persone. La disubbidienza da organizzare è una disubbidienza solidale che comporta anche non accettare la logica dell'isolamento, la logica della separatezza, e lavorare contro l'ipotesi di una società guidata da virologi e psicologi che si riconoscono in modelli di intervento focalizzati esclusivamente sul trauma. Gli psicologi devono evitare di farsi inquadrare in una realtà dove possono essere, volontariamente o involontariamente, complici di un'organizzazione che rimanda alla docilità sociale.

All'interno del tuo libro “Ripensare la salute” affermi che “Non c'è un sapere che definisce la salute a priori, poiché essa è definita dai discorsi tra le persone, dal sapere sociale che si articola in modo complesso e che vive di un movimento fatto di incontri e di scontri” (p. 110).

Quali sono i discorsi che in questo momento definiscono la salute secondo te?

Per rispondere è necessario far confluire le varie architetture discorsive che si muovono attorno alla salute, integrandole. Oggi la salute è alle prese con la paura, il senso di insicurezza, il senso di isolamento, si cristallizza in modi diversi. Ma è importante dire che la salute si riconduce, soprattutto in questo momento, alla necessità di far fronte ad un bisogno di cambiamento. Oggi è questo, ma forse è oggi, ieri e sempre. La salute è il confronto con le risorse di cambiamento e con l'urgenza di fuoriuscire dai vincoli che riducono i gradi di libertà, per usare delle espressioni care a Giovanni Guerra. Noi siamo in una fase nella quale vediamo drammaticamente ridotti i gradi di libertà e oggi sembra che la salute consista nell'assoggettarsi a questa riduzione dei gradi di libertà.

Invece mi sembra di capire che per te la salute non stia in questo assoggettamento, bensì in un movimento trasgressivo di organizzazione della disubbidienza.

Sì, per me oggi un'operazione di salute è l'organizzazione della disubbidienza. Ma non parlo della disubbidienza ribellistica, cioè del faccio quello che voglio.

Questo movimento non consiste nella restaurazione di una illusione di libertà che era diffusa in precedenza. Mi spiego meglio, le persone vogliono uscire di casa e andare a fare l'aperitivo perché pensavano di poter esercitare la propria autodeterminazione nel decidere di andare a fare l'aperitivo, mentre invece erano determinate da un marketing che costruisce le loro modalità di pensiero.

Non penso che la disubbidienza corrisponda alla restaurazione di una supposta autodeterminazione; la disubbidienza di cui parlo ha a che fare con un movimento che permette di riaprire gradi di libertà. Per me, ma magari mi sbaglio, questa riapertura si concretizza nell'attivazione di legami sociali solidali. Lo slogan degli amici spagnoli che dicono "Distanziamento fisico e solidarietà sociale" descrive il movimento di cui parlo, che contrappongo allo slogan degli epidemiologi che parlano solo di distanziamento sociale: distanziamento sì, ma fisico; insieme alla solidarietà sociale. Questo è lo spazio della disubbidienza.

Rispetto al distanziamento fisico, ci chiedevamo qual è il suo impatto sugli aspetti relazionali.

Un impatto sicuramente c'è, questa questione solleva una dimensione problematica perché per noi la relazione è tuttora istituita all'interno del contatto fisico tra corpi. L'impossibilità del contatto fisico ci lascia solo un flusso di emozioni disordinate e *disembodied*, disincarnate, che non può più ricomporsi entro i rituali espliciti o impliciti destinati a veicolarle e contenerle entro una "forma" sociale di "compassione". Per esempio, se pensiamo ai rituali del lutto, ci rendiamo conto che noi ne abbiamo bisogno, non basta andare sul balcone a cantare, noi abbiamo bisogno di piangere insieme, del corpo, di abbracciarci. Questo è un isolamento che isola i corpi dalle emozioni, il che fa pensare che le emozioni possano essere esercitate indipendentemente dal corpo. Questo dato rappresenta un problema e abbiamo la necessità di raccogliere maggiori elementi per la comprensione di una situazione così connotata da un punto di vista emozionale. Abbiamo bisogno di ricerca, di capire "come fare", oltre che di osservare la realtà e ciò che accade. Poi, certamente il fatto che possiamo vederci, per esempio tramite le piattaforme tecnologiche, è già importante. Non sono convinto, però, che semplicemente questa sia la strada. La strada è quella di inventare "nuove forme di compassione responsabile e disobbediente".

Per esempio, mi piacerebbe pensare che, visto che siamo in un territorio molto religioso, i parroci, invece di girare abitazione per abitazione - per carità fanno un lavoro utile - potrebbero far sì che gli adolescenti che sono chiusi in casa, garantendo le misure di sicurezza, possano uscirne per sistemare la città, per curarsi del territorio, per aiutare le persone, per trovare il modo per rendersi utili, per restaurare un rapporto con le comunità, con il verde ed il paesaggio. Io penso che organizzare delle forme di resistenza voglia dire organizzare delle forme di contatto che permettano di vedere "oltre" rispetto al proprio isolamento desolato emozionale, che possano farci intravedere nuovi spazi di azione per nuove forme di contatto.

Del resto, io non capisco perché oggi debba essere possibile attivare i contatti per la produzione e non sia possibile costruire i contatti per attivare la solidarietà. Io penso che questo debba essere il fronte della resistenza: che si mantenga il distanziamento sociale/fisico, ma che si creino allo stesso tempo delle forme di vicinanza.

Forse in questo momento è diffuso un atteggiamento infantile, come i bambini che, quando si sentono minacciati, diventano buonini buonini, pensando che in questo modo possano assicurarsi la benevolenza dei genitori. Adesso le persone interpretano il personaggio del bravo bambino, stanno a casa, diventano ubbidienti, ma temo che questo sia paura, non consapevolezza. Potrebbe essere che le persone stiano attivando dei meccanismi di pensiero di tipo magico nel tentativo di assicurarsi la benevolenza degli

dei, del fato. I bambini dicono: “Da ora in avanti diventerò bravo”. Oppure, penso a quelle persone che, quando incominciano a tossire, si dicono: “Io smetto di fumare, non fumerò mai più”. Poi, quando finisce la tosse, ricominciano a fumare e tutto torna come prima. Fa parte dei meccanismi di difesa di fronte a cui ci troviamo in questo momento. Il nodo è che la psicologia questi meccanismi di difesa li deve analizzare invece di sostenerli, li deve rendere espliciti invece di rinforzarli.

Sono discorsi che rimandano al tema del posizionamento della psicologia in genere e della psicologia della salute nello specifico.

Negli scorsi giorni, una vostra collega mi ha chiesto cosa avrebbe potuto fare in questa situazione. Io sono convinto che in questo momento le persone devono agire dove sono e nell’ambito delle responsabilità che già hanno. Oggi credo che sia inappropriato rispondere a responsabilità che non si hanno già da prima. Per esempio, quando mi si chiede di esprimermi, ci tengo a chiarire a che titolo sono chiamato a farlo e come posso esercitare la responsabilità che mi riconosco. Non quella che mi viene riconosciuta dagli altri, ma quella che io mi riconosco per la posizione che ho nella mia storia e nei contesti dove ho esercitato la mia professione. L’idea di essere dei “fuoriclasse” che possono esercitare la propria responsabilità fuori dai contesti dove si opera, credo che sia fuorviante. Quindi, intanto, è una responsabilità che richiede un’analisi del proprio posizionamento e una analisi delle implicazioni della responsabilità rispetto ai processi che ci competono.

Per esempio, gli psicologi che lavorano in un contesto ospedaliero che conosco da anni, adesso continuano a fare il loro mestiere con i pazienti e i lavoratori. Inoltre stanno in corsia senza esercitare delle specifiche mansioni, perché si può esercitare una funzione psicologica senza avere un ruolo definito. Gli psicologi in corsia sono lì per “essere presenti” e per attivare forme di contatto là dove sono necessarie. Si sono accorti che non è importante far parlare le persone per farle sfogare, ma per trasmettere l’idea che “si può essere presenti” in situazione di alto stress. “Tenersi presenti” non necessariamente con interventi ben strutturati. Continuare a fare il lavoro che si stava svolgendo prima di questa pandemia non vuol dire semplicemente mettere a disposizione gli strumenti che avevamo già attivato in situazioni diverse, bensì capire che è necessario decostruire e ridefinire il setting dell’intervento psicologico.

Quindi Paride, quello che stai dicendo è che non dobbiamo inventarci e improvvisarci in nuovi ruoli?

Sì, ma ciò non vuol dire che non si possano e si debbano esplorare nuovi territori. Per esempio, un giovane psicologo che vive in un quartiere, si assume una responsabilità nel territorio dove vive. Non è che ti metti a fare altro. Può chiedersi come mettere a disposizione le sue competenze psicologiche all’interno dei processi dove è coinvolto e in cui riconosce una propria responsabilità. Non vuol dire che lui debba per forza avere un’assunzione di una responsabilità entro un ruolo. Non è il ruolo, è la posizione che conta. Ruolo e posizione non coincidono. Io non dico che gli psicologi debbano stare fermi, ma che debbano analizzare il tipo di responsabilità che si riconoscono rispetto al proprio posizionamento ed impegnarsi a rendere questa responsabilità esercitabile avendo fatto un esame in profondità dei propri dispositivi di difesa.

C'è sempre uno spazio per l'innovazione, ma partendo dal proprio posizionamento rispetto ai processi che ci vedono coinvolti e partendo dall'analisi dei propri meccanismi di difesa. Partire dalla propria esperienza può portarci a nuove opportunità? Forse, ma non a delle opportunità sulla base di una prefigurazione dell'invenzione di uno spazio professionale preesistente. Mi sembra necessaria una riorganizzazione degli spazi professionali intorno ad una propria presenza, storia, posizionamento in un determinato contesto.

Pensavo al vostro blog, a questo spazio. Secondo me questo spazio può essere una risorsa tra colleghi, ci può aiutare a porci delle domande rispetto alle proprie responsabilità e a riflettere sull'analisi della domanda che è necessario fare rispetto alle richieste che ci vengono avanzate.

Mbembe ha scritto un articolo sul diritto a una vita respirabile. Quando parli di disubbidienza organizzata l'idea mi fa emergere un "sospiro di sollievo"; si dovrebbe parlare del diritto a una vita respirabile e disubbidiente/solidale. Definire delle strade concrete sembra un compito difficile e complesso.

Penso che nessuno di noi tre abbia il compito e la possibilità di salvare il mondo. Il mondo si salva da solo e noi dobbiamo solo capire come questo può avvenire nell'ambito delle responsabilità che abbiamo. Ci sono degli spazi di disobbedienza dove siamo, organizziamoli lì. Le persone hanno il diritto di essere accompagnate nell'esercizio dei loro compiti e delle loro responsabilità senza imporre loro nessuna limitazione. Mi riferisco agli interventi psicologici volti alla promozione delle risorse che accompagna i soggetti nella progettazione del proprio cambiamento.

C'è un mainstream che ti dice "Curali!", io ti dico "No". La cura di sé, oggi, è muoversi all'interno di relazioni e di pensare e riprogettare il proprio futuro. Questo secondo me, oggi, è uno spazio di disobbedienza. È una cosa piccola naturalmente. Ma è uno spazio di disobbedienza. Si tratta di mettersi dentro dei dispositivi per capire in che modo possiamo agire in modo da moltiplicare gli spazi di opportunità di cambiamento e gli spazi di resistenza.

Poi, se il mondo si salverà, non lo sappiamo, non tocca a noi deciderlo. Anzi, l'idea che adesso noi lanciamo delle iniziative che possano cambiare le cose, oltre ad essere illusorio, non ci fa nemmeno tanto bene. Proviamo ad esercitare la responsabilità. Già questo, esercitare la responsabilità dove siamo, è difficile.

Possiamo parlare di un'altra responsabilità, quella dei sanitari. Dal tuo punto di vista come stanno esercitando la loro responsabilità?

Per esempio, ci ha molto colpito il richiamo alla medicina delle catastrofi oltre che la narrazione secondo la quale i medici avrebbero cominciato a scegliere tra i pazienti da inviare alle terapie intensive escludendo i pazienti più anziani o pluripatologici.

C'è per la prima volta l'esplicitazione dell'applicazione di alcune pratiche che escludono dalle cure delle persone considerate residuali che, per ragioni di salute o di età, sono ritenute sacrificabili.

In questo senso ha ragione Agamben, si tratta di forme di vita nuda. Nella situazione specifica si tratta degli anziani.

Questo ci deve far riflettere perché ha aperto un varco culturale che rende impegnativo e difficile anche tutto il discorso sull'eutanasia. Perché è evidente che il combinato

disposto della residualità dell'anziano e della possibilità di esercitare l'eutanasia potrebbe finire per produrre uno scivolamento di un diritto esercitabile, quello di sottrarsi a una modalità di vita non dignitosa, in una specie di obbligo introiettato dall'anziano: io sono un peso, io non conto più, devo lasciare posto ai miei nipoti... E allora questo, secondo me, comporta che noi rivisitiamo questa prospettiva e questa dimensione.

Credo che l'impatto culturale sia stato significativo. Prima, se c'era un posto in terapia intensiva, nessuno si azzardava a dire che tra un giovane e un anziano io privilegio il giovane. Nessuno si azzardava e, se si azzardava, tutti quanti dicevano: "Guarda che non è così, guarda che non si può fare in questo modo...". Oggi, invece, esplicitamente è stato così.

Questa è la logica della medicina di guerra?

No, la logica della medicina di guerra non è questa, non funziona così. La logica della medicina di guerra è che tu curi il curabile, non che escludi una categoria. Non è che tu non curi l'anziano. Curi il curabile sulla base di una analisi clinica. Se io ho poche risorse, utilizzo le risorse di cura su chi è curabile.

La linea di intervento della disponibilità delle risorse è fatta in funzione della gravità. Si cura dapprima il più grave, mentre in situazioni di emergenza dove non hai risorse per tutti, come in guerra o durante una catastrofe, curi il curabile. Cioè, cerchi di prestare cure a chi ha più probabilità di sopravvivenza.

Invece, in questa situazione di pandemia, dalle informazioni che mi arrivano, sembra che sia stata fatta una valutazione per categorie. Per esempio, sembrerebbe sia stato detto di non portare gli anziani in ospedale perché non avrebbero avuto il beneficio delle cure; in Olanda lo hanno detto esplicitamente: era preferibile che le persone di 80 anni non si recassero in ospedale perché tanto non avrebbero potuto sostenere la terapia intensiva.

Questo è aver sfondato una linea, è successo qualcosa che comporta che le persone sperimentino una fragilità culturalmente definita. Credo che ci sia oggi, sul Manifesto, un articolo di una persona che dice: "Ho scoperto di essere anziano". Questo è interessante.

Cosa resta delle Dementia Friendly Communities? In realtà le persone con demenza non vengono curate, e questo è un problema. Per esempio, una forma di disubbidienza è curare le persone dementi.

Ci chiedevamo quale potrebbe essere il tenore del discorso medico intorno a questi temi e quanto dirsi che "stiamo applicando i principi di medicina delle catastrofi" non comporti una deresponsabilizzazione in un momento in cui abbiamo detto che l'assunzione di responsabilità è fondamentale.

Pensiamo, in altri termini, che avere una linea guida rigida che ti dice cosa fare in un momento di stress e sovraccarico emotivo, sia più semplice.

Vi ho detto cosa mi hanno raccontato? Quale era il metodo decisionale in ospedale? "Abbiamo 3 posti in terapia intensiva, chi riesce ad alzarsi li prenda". È chiaro che sarà stato un caposala, un medico, un infermiere a dire queste cose, forse stressato. Ma queste posizioni non sono sostenibili né da un punto di vista bioetico, né giuridico. Nel senso che una decisione di questo tipo non è sostenibile. Tanto è vero che nessuno sostiene apertamente di aver fatto così e anche di fronte a direttive estremamente ambigue che vengono fatte, tutti poi le riconducono a delle condizioni di ragionevolezza e legittimità. Nessuno dice che gli anziani non devono essere curati, nessuno sostiene queste posizioni.

Di fatto, non sono stati curati. Di fatto sono state prese decisioni di non curarli, ma nessuno ha preso in modo così determinato ed esplicito questa decisione. Perché è assolutamente insostenibile. Ma è considerato culturalmente accettabile, questo è grave secondo me.

Diciamo che, a parte evocare la questione della responsabilità, mentre pensavo a come si sta costruendo il discorso medico intorno al Covid, mi chiedevo se i medici si staranno confrontando con la scoperta che la medicina è fallibile o lo sapevano già. Sicuramente il Covid ci ha fatto riscoprire mortali perché, in condizioni diverse e più gravi, la nostra esperienza è che la medicina ti cura e ti salva. In questa situazione, chi immaginava che un banalissimo virus avrebbe potuto fare tutti questi morti?

Io penso che quello che è stato veramente messo in discussione non è l'onnipotenza della medicina, ma del sistema medico. Non è stato scoperto che la medicina non può salvare tutti, perché questo lo si sapeva già. Si è però reso evidente che i sistemi medici sono fragili, che possono implodere.

Non sono convinto che i sanitari si stiano confrontando con la scoperta che la medicina è fallibile. Non è che i sanitari siano impreparati alla morte, soprattutto chi lavora in terapia intensiva è preparato a vedere le persone morire e a confrontarsi con la propria impotenza. Quello a cui sono impreparati è vedere che il sistema scoppia, che a fallire è il dispositivo che in genere li protegge, non il loro strumento. In altre parole, è come se i sanitari misurassero la propria impotenza sul fatto di essere inseriti in un sistema che ha smesso di funzionare.

Vedere che un paziente muore, fa parte della propria professione; ma perdere fiducia nel sistema è più complicato. Si tratta però anche di una questione dove c'è spazio di manovra, dove è possibile aprire uno spazio di progettazione.

Avete poi sollevato un'altra questione con la quale siamo entrati in contatto, l'idea della finitudine. Si tratta di un nodo interessante. Oggi, di fronte alle catastrofi, la tendenza è a soffermarsi ed indugiare nel contemplare la nostra vulnerabilità invece che dedicarsi ad attivare risorse resilienti. Quarant'anni fa la sollecitazione era a reagire ed essere resilienti. Oggi la sollecitazione è a chiudersi nella propria vulnerabilità. Questo vale anche per gli eroi sanitari che vengono comunicati attraverso la loro fragilità, con la foto di un'infermiera che si abbandona, che non ce la fa più. La cultura della vulnerabilità è una delle cose più imperdonabili di certa psicologia che ha purtroppo sdoganato l'idea che le persone si qualificano per la propria vulnerabilità e non per la propria resilienza. È la psicologia che ha costruito l'idea di una onnipotenza del Sé, che ha promosso l'obiettivo dell'onnipotenza del Sé, che non smette di parlare di autostima, autoefficacia, autodeterminazione. Come se si preparasse il terreno alla diffusione di un vissuto che descrive le persone soprattutto nei termini delle loro fragilità.

Paride, credo che ci siano veramente molti spunti di riflessione che sono emersi in questo tempo trascorso insieme. Dalle questioni relative ai propri vissuti, al proprio posizionamento come psicologi, alle questioni che riguardano il nostro agire. Pensare ai meccanismi di difesa degli psicologi in primis, all'analisi dei bisogni come competenza psicologica da mettere in campo, all'importanza dell'analisi della domanda come punto di partenza per sviluppare una nostra funzione nei contesti che ci vedono coinvolti, nei quali esercitiamo la nostra responsabilità. Direi che risulta fondamentale la tua proposta di fondo, che orienta qualsiasi intervento psicologico nella sua funzione di promotore del cambiamento, di "perturbatore" in

un certo senso, ovvero l'operazione di salute che hai definito intorno "all'organizzazione della disubbidienza". Infine, appare importante il tuo invito a restare "perplexi" di fronte alle narrazioni che facciamo sul Covid e sui cambiamenti sociali in atto, riflettendo sulle architetture discorsive diffuse e sull'impatto che hanno su di noi e sulle nostre prassi professionali. Restare perplexi per poter mantenere uno sguardo che possa interrogare la realtà e metterla in discussione. Grazie Paride per aver condiviso con noi questo caffè davvero ricco di sfumature e di complessità. A presto!

Intervista a cura di Gandolfa Cascio e Carlota Zorrilla Ruiz

Mobilitare risorse e capacità per una nuova ripartenza: un possibile contributo della psicologia

(documento a cura di Paride Braibanti, Letizia Caso, Andrea Greco, Elena Marta, Maria Simonetta Spada, Valentina Strappa, Luca Vecchio, Veronica Velasco)

PREMESSA

La pandemia determinata dal virus SARS-CoV-2 è stata improvvisa e rapida e ha avuto un impatto che non è esagerato definire devastante per tutti noi. È stato detto che si tratta di un'esperienza inedita e forse unica nella storia umana; certamente lo è in riferimento agli anni recenti del nostro Paese, rappresentando sicuramente una discontinuità importante rispetto al modo pregresso di vivere le nostre esistenze.

Quasi da un giorno all'altro, ciascuno di noi ha dovuto cambiare i propri comportamenti, rivedere le proprie abitudini e routine: nel modo di vivere i propri affetti e le relazioni più significative, nel modo di svolgere il proprio lavoro, nella conduzione della quotidianità. È stata messa in discussione l'idea positiva di contatto e di relazione come valore indiscutibile nella regolazione dei rapporti umani e del legame tra le persone come risorsa fondamentale per la sicurezza, la vita e lo sviluppo personale e sociale. In poco tempo ci siamo tutti auto-confinati in un isolamento casalingo, come risposta responsabile – sollecitata dalle autorità sanitarie – per far fronte alla necessità di contenere la diffusione dell'infezione.

In molti casi – e in certe aree del Paese in forme inedite per quantità e modi dell'esperienza – si sono avuti lutti che hanno toccato quasi tutte le famiglie. Il rilancio mediatico di questo dramma ha reso visibilmente evidente la presenza della morte nell'orizzonte esistenziale di ciascuno; presenza taciuta e oscurata nelle “forme di vita” che si sono imposte nei decenni passati, che hanno espunto la fragilità, i limiti e la caducità e “tragicità” del vivere dal discorso sociale e collettivo, nel nome di una illusoria onnipotenza sostenuta da una mal riposta fiducia nei confronti della tecnica e delle tecnologie.

A ciò si aggiunga che la pandemia, sia direttamente sia per effetto dell'impatto e delle ricadute economiche e sociali sui sistemi e sulla vita quotidiana, finisce col colpire in modo più acuto i soggetti più fragili, che si trovano in condizioni di marginalità sociale, di povertà e di sfruttamento. Già in questi mesi appare altissimo il prezzo pagato dalle persone anziane, dalle persone con disabilità e dalle loro famiglie, dai settori sociali economicamente più esposti, dalle donne e dai minori esposti a forme di incontrollata violenza familiare e così via; senza contare il rischio del riemergere di una criminalità economica “usuraia”.

La prospettiva di un futuro prevedibile e, per certi aspetti, “sicuro”, già fortemente incrinata dalla diffusione della precarietà, ha lasciato il posto a prefigurazioni dominate da una drammatica incertezza che, nelle situazioni più estreme (ma non così rare), rischia di trasformarsi in una tragica e pericolosa perdita di speranza.

Il virus ha peraltro portato alla luce e reso manifeste tendenze e destini impliciti nel modello di sviluppo e di organizzazione sociale contemporanei, che per lungo – troppo tempo – si è cercato di disconoscere. La diffusione di una pandemia era già stata annunciata in anni passati come probabile. Numerose sono state le voci autorevoli che hanno ricordato le connessioni tra la diffusione della malattia e le forme di una globalizzazione incontrollata e mossa quasi esclusivamente da logiche predatorie, in particolare nei confronti delle risorse naturali.

Sul versante più ristretto delle istituzioni che si occupano della salute dei cittadini, l'implosione del servizio sanitario – soprattutto in Lombardia – ha rivelato l'insostenibilità e la problematica efficacia, per affrontare

una situazione pandemica, di un modello di organizzazione dei servizi per la salute fortemente sbilanciato sulle “grandi organizzazioni” ospedaliere, su sistemi di “accreditamento” e “gestione” centrati su enti e soggetti erogatori di prestazioni; è emersa con forza la necessità di investire sul sistema sociosanitario territoriale.

La risposta all'emergenza ha infine reso visibile sia il ruolo fondamentale che l'associazionismo gioca nella tutela e nella promozione del benessere dei cittadini, sia la forte precarietà a cui queste realtà devono far fronte da diversi anni e che oggi emerge in forme disastrose.

LA PSICOLOGIA

Come ha risposto la psicologia a tale drammatica sfida, improvvisa e imprevedibile? Quali sono stati gli interventi proposti dalla comunità professionale, dalle università, dalle istituzioni?

Si deve riconoscere come l'attivazione del mondo della psicologia sia stata rapida e quantitativamente consistente.

Assai numerose sono state le iniziative messe in campo da molte istituzioni: dall'Ordine degli psicologi nazionale e regionali, dagli Uffici scolastici, dalle Aziende e Agenzie sanitarie locali (ASL, ATS e ASST, AUSL, ULSS, USP), dal Ministero della salute, dalle Università.

Gli interventi hanno cercato in prima istanza di dare risposta alle richieste di aiuto provenienti dagli individui e, in alcuni casi, dalle organizzazioni, messi in difficoltà dall'improvviso stravolgimento delle abitudini consolidate e dalla drammaticità delle esperienze affrontate.

Vi è poi stata una mobilitazione massiccia sul piano della ricerca, con l'avvio di studi e indagini (per certi aspetti poco coordinati e in alcuni casi, peraltro, anche con valenze opportunistiche) volti ad accrescere la comprensione dell'impatto della pandemia sui vissuti delle persone, in diversi ambiti della quotidianità: dal lavoro, alla scuola, alle relazioni, alla gestione della propria salute.

Si deve però riconoscere, al di là della necessità e della generosità di tali interventi nel contesto emergenziale, come le iniziative si siano principalmente rivolte ai singoli, secondo una logica prioritariamente orientata dalla necessità di fronteggiare un trauma da contenere, per ritornare a una “normalità” pregressa.

Riteniamo che questo approccio, in particolare per la cosiddetta “Fase 2”, non sia sufficiente; e che, se non affiancato ad azioni più complesse, potrebbe essere addirittura pericoloso e controproducente.

Di fatto, un'offerta di aiuto rivolta essenzialmente ai singoli, in un'ottica “riparativa”, rischia di avallare e rafforzare una concezione “individualizzata” di salute e a sostenere una costruzione sociale secondo cui le persone sono essenzialmente “agenti individuali” interessati primariamente all'autopreservazione. Tale prospettiva risulta ancor più evidente nell'enfasi eccessiva posta sui processi di “autocontrollo” e di “auto-sorveglianza”, non più agiti istituzionalmente, ma esercitati mediante strumenti e tecnologie di auto-monitoraggio e di auto-valutazione dei rischi personali.

A ciò si aggiunga il pericolo che tale impostazione possa favorire un processo di “psicologizzazione” – o peggio “psichiatriizzazione” – dei vissuti e della quotidianità, prefigurando un futuro basato sulle aree carenti, deficitarie o compromesse dall'epidemia a tutti i livelli (della salute, economico, sociale, e politico). Questa realtà e questi orientamenti lasciano intravedere una difficoltà di tenuta dei nostri modelli concettuali, che rischiano di rimanere ancorati ad una visione limitata della psicologia.

Inoltre gli interventi frammentati e poco ecologici possono avere poco o nulla a che fare con i reali problemi sociali. È invece necessario tenere presente, ad esempio, il rapporto tra la cultura professionale e l'evoluzione della cultura sociale e di massa nei diversi ambiti in cui le diverse prospettive si intrecciano. Mai come in questo periodo, in cui le varie dimensioni della resilienza risultano fortemente collegate (individuale, familiare, sociale e di comunità) è necessaria una presenza della psicologia che sia diffusa, integrata, in rete con il territorio e attenta alle dimensioni culturali

Riteniamo, quindi, che la sfida dovrebbe essere quella di favorire una “ripartenza” che si basi sulla valorizzazione delle risorse e delle capacità, anche grazie all’ascolto, all’osservazione partecipata e alla partecipazione diffusa; senza avere in mente contenitori definiti come risposta ad eventuali sintomi, bensì riconoscendo anche in questi ultimi l’espressione di una potenzialità di ripresa.

Lungi dal promuovere l’assenza della presa in carico del malessere del singolo, si sottolinea qui il rischio di prefigurare oggi bisogni assunti in base ai fatti intercorsi durante l’epidemia e di pensare a risposte che non favoriscano l’attivazione delle risorse individuali.

Proponiamo, quindi, un passaggio da una prospettiva di cura a una di promozione della salute e di rafforzamento comunitario. In altri termini è necessario, a nostro avviso, da una parte ricongiungere i momenti della cura e della presa in carico con quelli della promozione della salute e della prevenzione; dall’altra parte, è fondamentale costruire momenti di responsabilità sociale sulla salute e sullo sviluppo personale e sociale. L’azione psicologica deve soprattutto orientarsi a ricollocare il soggetto entro una prospettiva proattiva, di valorizzazione delle risorse individuali e collettive, promuovendo la ri-costruzione di una rete di capitale e legame sociale, valorizzando la solidarietà e la partecipazione.

Sul versante della ricerca, si tratta non solo di non proporre soluzioni semplificate e stereotipate – basate sul solo, seppur possibile ma altamente improbabile, *worst case scenario* – ma ancora di più, di non semplificare i problemi per adattarli alle soluzioni unilaterali di cui si dispone. Ci troviamo di fronte a problemi inediti e, probabilmente, dovremo fare appello alla nostra capacità di mettere in campo risposte inedite, benché accurate, non improvvisate, scientificamente fondate.

La situazione richiede l’adozione di dispositivi di analisi e ricerca psicologica nuovi, proprio perché la generalizzazione di strumenti tradizionali, costruiti in contesti diversi e focalizzati soprattutto sulle risposte individuali, rischia di restituire una percezione distorta del panorama psicosociale complesso proprio di questa evenienza pandemica.

Per quanto riguarda i servizi per la salute, la pandemia ha messo in luce l’importanza della sanità pubblica e di una comunità coesa a livello sociale, dove le scelte del singolo siano vissute con la consapevolezza del loro impatto sulla collettività.

È necessario pensare a servizi che possano interfacciarsi con i Comuni, con gli enti accreditati, con i medici di base e pediatri di libera scelta, con le scuole, con i contesti di aggregazione, per garantire una capillare presa in carico socio-sanitaria sul territorio. Di fatto, riteniamo che sia necessaria una ridefinizione organizzativa dei servizi rispetto a quanto in essere. Pensiamo che sia indispensabile una “rimappatura” dei bisogni e delle domande di salute, portando le competenze e le professioni psicologiche dentro i contesti di vita, entro un’ottica promotiva e non confinata in modo prevalente a rispondere alle richieste d’aiuto dei singoli già in difficoltà, che ora trovano già ascolto entro i servizi presenti. Si tratta di progettare e attuare una riconfigurazione dell’offerta complessiva, capace di valorizzare le risorse del territorio e l’utilizzo di metodi che favoriscano la cittadinanza attiva, la responsabilità sulla salute ed un approccio solidale.

La professionalizzazione dello psicologo in un sistema socio-sanitario moderno e integrato passa anche per la capacità di intercettare e di far fronte alla variabilità dei bisogni e delle domande; offrendo, a tal fine, un supporto consulenziale in grado di migliorare efficacia, efficienza e continuità dei processi di gestione e intervento sulla salute nell’arco vitale e assicurando una puntuale cura delle interfacce tra diversi sistemi di presa in carico.

Detto in breve, l’intervento psicologico deve orientarsi ad attivare e a sostenere reti e istanze di responsabilità e di supporto reciproco che agiscano in modo integrato entro i diversi piani e livelli ecosistemici – individuale, familiare, sociale, istituzionale e culturale – contribuendo a costruire un quadro organizzativo coerente e ben articolato. Si tratta di realizzare una rete di servizi in grado, da un lato, di accogliere e rispondere ai bisogni e alle domande delle persone e dei territori; dall’altro, di favorire l’espressione e lo sviluppo di una responsabilità personale e collettiva sulla salute. Tutto ciò in una prospettiva di tempestività e di *empowerment*.

PROPOSTE

Questo documento vuole essere innanzitutto una sollecitazione e una convocazione a definire uno spazio di riflessione e confronto per promuovere un diverso approccio all'intervento psicologico, complementare a quello messo in campo nell'emergenza.

Un "luogo" dove poter sviluppare una discussione e uno scambio su questi e altri temi complessi sollecitati dalla pandemia e di particolare rilievo per la psicologia: l'idea di salute e della sua promozione; l'organizzazione della ricerca e dell'intervento nel sociale; le forme e i modi per formare professionisti all'altezza delle sfide future; la strutturazione dei servizi socio-sanitari per la salute.

Ciò senza voler proporre direttive o indicare precisi percorsi di intervento né costituire nuove associazioni o gruppi tematici.

Pensiamo piuttosto a un "luogo" – fondato sul dialogo tra saperi, in una prospettiva multidisciplinare e multisettoriale, e sulla partecipazione di competenze e contributi da ambiti disciplinari diversi – che renda però possibile la definizione e la realizzazione (secondo "geometrie variabili" legate alla libera e autonoma iniziativa responsabile dei partecipanti) di azioni e interventi capaci di promuovere la resilienza, di valorizzare l'autonomia, di rifondare l'azione collettiva, di dare ascolto e voce alle concrete domande di salute provenienti "dal basso".

Alcune "piste di lavoro" su cui si è riflettuto possono già essere delineate. Ad esempio:

- discutere / condividere le prospettive epistemologiche e concettuali di una psicologia coerente con la "visione" proposta, nonché le conseguenti metodologie per la ricerca e l'intervento;
- riflettere sull'impatto attuale (ma anche pregresso) della psicologia sulla società e sulle forme (frammentate, non coordinate) con cui ha risposto alle domande "urgenti" provenienti dal contesto sociale, individuando le condizioni (teoriche e organizzative) per assicurare rilevanza e efficacia all'intervento psicologico;
- condurre una ricognizione su come i servizi e le realtà professionali hanno fatto fronte all'emergenza (entrando nei contesti, interpellando "in profondità" le persone coinvolte) per avere una "base dati" di riferimento e poter mappare le tipologie di risposte date;
- costruire / rafforzare / censire alleanze, collaborazioni e sinergie strutturali tra università e servizi secondo una logica consulenziale, costruendo la committenza con tali realtà e mettendosi al loro servizio, entro le responsabilità di ciascun attore (non "insegnare" o proporre "buone pratiche" ma lavorare con / per i servizi e le persone che vi lavorano);
- riflettere e progettare in merito al lavoro in università per rimodulare / sviluppare / rafforzare didattica, tirocinii, stage al fine di preparare professionisti in grado di operare in coerenza con quanto proposto in questo documento.

Sono solo spunti e proposte che lasciamo aperti alle riflessioni e alle integrazioni di chi vorrà prendere parte a questa iniziativa.

Vale comunque la pena ribadire alcuni elementi che qualificano la nostra proposta e sui quali confrontarci fin da ora, anche nella consapevolezza che in questi giorni sono in atto forti pressioni per una riorganizzazione delle politiche e dei servizi sociosanitari a vari livelli territoriali.

Si tratta di elementi che riguardano il posizionamento dell'intervento psicologico che – come già sottolineato – riteniamo sia da svincolare da una prospettiva esclusivamente o prioritariamente individuale per promuovere un orientamento più attento all'agire collettivo e alla partecipazione.

In questa direzione, appare certamente urgente e indispensabile contribuire alla realizzazione di una concreta sanità territoriale, anche attraverso la realizzazione di unità di organizzazione e di intervento integrate,

in équipes multiprofessionali e multisettoriali, sia in riferimento alle cure primarie, che per quanto riguarda livelli coordinati e integrati di intervento di II° e III° livello.

Più in generale, ciò che occorre tener ben presente, in questa fase, è l'attivazione della comunità come punto di partenza per ricostruire un'identità collettiva capace di riconoscersi non solo nella dimensione della fragilità, della paura e dell'esposizione al pericolo, ma anche nelle potenzialità di risposta e nelle capacità creative di riorganizzazione. L'assunzione di una responsabilità più ampia, l'interconnessione del singolo con la comunità come occasione per evitare un ripiegamento solipsistico sulle difficoltà, la valorizzazione delle risorse come alternativa alla centratura sulla dimensione della patologizzazione è il terreno su cui può essere fondata una ricostruzione all'insegna della promozione della salute. Si tratta di favorire un passaggio dalla dimensione dell'impotenza del singolo, dei gruppi e della comunità a quella dell'attivazione dei soggetti e delle realtà collettive nel quadro di un ingaggio, della partecipazione e della solidarietà.

La proposta è quindi quella di un superamento dell'isolamento della persona e della sua assunzione entro un "piano terapeutico" che si esaurisca nell'accesso a carnet organizzati di prestazioni. Al contrario si considera come la presa in carico vada orientata e organizzata verso la "persona-nei-contesti" in una logica di valorizzazione, mobilitazione e potenziamento delle reti e del capitale sociale che caratterizzano il "positioning" personale e sociale in cui la salute del soggetto è in gioco. La psicologia dovrà intervenire come partner nelle reti territoriali per lo sviluppo di comunità e della coesione sociale, mettendo a disposizione – oltre a necessarie forme di supporto psicologico individuale, familiare e di gruppo a soggetti in difficoltà – anche competenze di intervento sociale e ricerca-azione partecipativa nella progettazione dell'intervento di comunità, senza esitare ad assumere così anche una esplicita e riconosciuta responsabilità nella progettazione e monitoraggio delle politiche sociali e degli interventi di tutela e promozione della salute e dell'assistenza sociale integrata nei territori.

Infine, dovrebbe essere tenuta presente un'ulteriore direzione culturale e politica: partecipare all'apertura di una riflessione critica sull'impossibilità di una ri-normalizzazione del quotidiano dopo la tempesta della pandemia senza ripensare criticamente la prospettiva dell'antropocene. Pur senza enfatizzare visioni catastrofiste probabilmente fuori luogo, vale la pena di interrogarci sul significato del tutto nuovo con cui la pandemia ci costringe a confrontarci. Con le parole di Mauro Ceruti: "Non c'è la perfezione o la salvezza finale all'orizzonte, per noi umani. La storia e le teorie dell'evoluzione ci dicono che siamo esseri incompiuti e in divenire. Possiamo accrescere la nostra potenza, ma restiamo in una condizione di fragilità che adesso, dopo questa pandemia, appartiene di più alla coscienza comune, alla consapevolezza di un destino comune. Di questa consapevolezza dobbiamo fare un punto di forza. Vale a dire: come la complessità chiede al pensiero di non frazionare, separare, ma di collegare, così questa coscienza comune della nostra fragilità può sollecitarci a un'etica della solidarietà, della fraternità planetaria. Dopo libertà e eguaglianza, protagoniste dell'Ottocento e del Novecento, la fraternità può diventare protagonista del XXI secolo".

Ciò a cui si fa spesso riferimento nel presente documento riguarda, tra le altre cose, proprio il contributo che la psicologia forse potrà dare a questo obiettivo di fraternità planetaria. Questa dimensione si rende indispensabile, insieme alle altre sopra delineate, soprattutto nella consapevolezza che dichiarare che "andrà tutto bene" non può essere uno slogan o una pia illusione, ma un impegno da mettere immediatamente in cantiere.

Una Proposta di Legge di Iniziativa Popolare per la promozione del benessere psicologico e per l'istituzione della Rete Psicologica Nazionale

Art. 1

Finalità della legge

1. Lo Stato promuove il benessere psicologico individuale e collettivo come elemento fondamentale per il pieno sviluppo della persona umana e delle organizzazioni sociali, professionali e comunitarie nell'ambito dell'esercizio della cittadinanza e del diritto al lavoro (art. 3 e 4 della Costituzione), realizzando la protezione della maternità, dell'infanzia e della gioventù (art. 31 della Costituzione), così come la promozione della salute e del benessere nell'arco di vita come diritto dell'individuo e di fondamentale interesse per la collettività (art. 32 della Costituzione).
2. La tutela del benessere psicologico si realizza attraverso attività di promozione, prevenzione e sostegno, orientate allo sviluppo delle risorse psicologiche di tipo individuale e collettivo, che includono competenze personali e sociali, sul piano cognitivo, emotivo, relazionale e comportamentale.
3. Gli interventi, orientati al sostegno della salute come processo integrativo di dimensioni individuali e di contesto, prevedono attività di psico-promozione, ascolto, consulenza, sostegno, valutazione psicologica e diagnosi, abilitazione e potenziamento, riabilitazione e psicoterapia, destinate a singoli, minori e adulti, famiglie, gruppi, comunità e organizzazioni.
4. Con decreto del Ministro della Salute, da adottare entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono definite le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurarne la uniforme attuazione. A questo fine il Ministro si avvale, per gli aspetti di competenza, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro e dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

Art. 2

Istituzione della Rete Psicologica Nazionale

1. È istituita la Rete Psicologica Nazionale, organizzata nelle regioni e nelle province autonome articolata in un Servizio di Psicologia di Territorio afferente al Servizio Sanitario Regionale (di seguito SPT) e un Servizio di Psicologia Scolastica afferente al Ministero dell'Istruzione.

Art. 3

Istituzione del Servizio di Psicologia di Territorio

1. Le regioni disciplinano l'istituzione e l'organizzazione, in forma dipartimentale, del SPT secondo i principi contenuti nelle disposizioni della presente legge.
2. Il servizio di psicologia territoriale è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute psicologica collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle patologie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita e del benessere psicologico, in coordinamento con i servizi sociali, le amministrazioni scolastiche, i dipartimenti della giustizia (DAP e PRAP), i servizi per l'ordine e la sicurezza pubblica, il CONI, i servizi e le agenzie territoriali per il lavoro e la formazione, gli Enti Locali e la Protezione civile.

3. Il SPT promuove azioni volte a individuare il fabbisogno reale di salute e benessere psicologico, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, con l'Ufficio Scolastico Regionale, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività della unità sanitaria locale, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza.

Art. 4

Compiti del Servizio di Psicologia di Territorio

In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il SPT garantisce le seguenti funzioni di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

1. Tutela del benessere psicologico, che si realizza attraverso attività di promozione, prevenzione e sostegno, orientate allo sviluppo delle risorse psicologiche di tipo individuale e collettivo che includono competenze personali e sociali, sul piano cognitivo, emotivo, relazionale e comportamentale;
2. Interventi orientati alla tutela e alla promozione della salute come processo integrativo di dimensioni individuali e di contesto, prevedendo attività di psico-promozione, ascolto, consulenza, sostegno, valutazione psicologica e diagnosi, abilitazione e potenziamento, riabilitazione e psicoterapia, destinate a singoli, minori e adulti, famiglie, gruppi, comunità e organizzazioni;
3. Tutela della collettività e dei singoli dai rischi di stress lavoro-correlato e rischi psicosociali connessi agli ambienti di vita e di lavoro;
4. Il servizio di psicologia territoriale contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Art. 5

Funzionamento del Servizio di Psicologia di Territorio

1. Sono assegnati al SPT e ai Dipartimenti di Psicologia delle Aziende Sanitarie Locali i compiti destinati alla copertura dei bisogni psicologici e psicoterapeutici implicati e previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA) e di assistenza sociale (LIVEAS).
2. Sono attribuiti al SPT compiti di organizzazione diretta, supervisione e vigilanza sui dispositivi professionali necessari per il perseguimento dei fini di cui all'art. 1.
3. Le attività di cui all'art. 1 sono esercitate da professionisti iscritti all'albo degli psicologi, sulla base di specifiche competenze professionali a seconda della complessità e dell'articolazione dei compiti, in base al percorso di studi, alla specializzazione universitaria o all'eventuale abilitazione alla psicoterapia.
4. Le funzioni professionali del SPT sono assegnate a personale dipendente dal Servizio Sanitario Nazionale, ovvero a professionisti e studi professionali in regime di accreditamento e convenzione col Servizio Sanitario Nazionale.
5. Il SPT regola e definisce la presenza psicologica e gli interventi psicologici di tutela e promozione della salute e del benessere psicologico individuale e collettivo negli ospedali, nelle case di comunità, nelle articolazioni organizzative della medicina di cure primarie, nelle università, nelle carceri, nelle attività sportive, nelle strutture specifiche per l'accudimento dei più anziani, nei luoghi di lavoro, nei servizi sociali, nella gestione delle emergenze e, d'intesa e in coordinamento con il SPS di cui al

successivo articolo 7, nell'istruzione prescolastica, primaria, secondaria e nella formazione professionale.

6. Ai Dipartimenti afferiscono tutti i ruoli psicologici delle Aziende stesse.
7. I Dipartimenti di Psicologia delle Aziende Sanitarie organizzano, coordinano e assicurano la continuità della presenza e della consulenza psicologica dei professionisti nei servizi ospedalieri e territoriali delle aziende stesse.

Art. 6

Istituzione della figura professionale dello Psicologo delle Cure Primarie

Ai sensi della lettera b-quinquies del comma 1 dell'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 come modificato dal comma 6, art. 12 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 è istituita la figura professionale dello Psicologo delle Cure Primarie, che opera a livello della «assistenza primaria» e della «integrazione sociosanitaria delle cure», nella prospettiva di una integrazione bio-psicosociale dei servizi di base per la cura e la promozione della salute e del capitale sociale.

Lo Psicologo delle Cure Primarie;

1. Svolge la sua attività in collaborazione con i servizi e i professionisti impegnati nelle cure primarie nei compiti di presa in carico della persona nel suo complesso, nella valutazione multidimensionale dei bisogni, nella definizione di piani personalizzati di inclusione, assistenza e cura e nell'integrazione dei servizi destinati alla persona in tutto l'arco della vita;
2. Espleta le proprie funzioni entro il SPT e in coordinamento funzionale con i medici di Medicina Generale, i pediatri di Libera Scelta e con i servizi socio-assistenziali del territorio;
3. Esercita le sue funzioni presso le Case di Comunità e nelle articolazioni organizzative della medicina di cure primarie. La presenza territoriale è legata agli standard di popolazione e al numero dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta in una proporzione che consenta la copertura completa della popolazione minorenni e maggiorenne.

Art. 7

Istituzione del Servizio di Psicologia Scolastica e della figura professionale dello Psicologo Scolastico

1. È istituito il Servizio di Psicologia Scolastica, rivolto all'istruzione prescolastica, primaria, secondaria e alla formazione professionale, afferente alla Rete Psicologica Nazionale e coordinato a livello locale con i dipartimenti del SPT.
2. Il Servizio di Psicologia Scolastica realizza le attività rivolte al personale scolastico, agli studenti e alle famiglie con l'obiettivo di prevenire il disagio e il malessere psicologico e contribuire alla promozione delle competenze per la vita, promuovere interventi di orientamento scolastico, assicurare il supporto psicologico all'inclusione scolastica delle persone con disabilità, e interventi di supporto psicologico in situazioni di bisogni educativi speciali.
3. È istituita la figura professionale dello psicologo scolastico, cui vengono affidati compiti di supporto psicologico nelle istituzioni scolastiche, il cui profilo prevede un percorso di specializzazione universitaria nei termini previsti dal successivo articolo 9.
4. Il Servizio ha sede presso gli Uffici Scolastici Territoriali, e si articola a livello distrettuale, assicurando la presenza presso ogni Istituto di Istruzione prescolastica, primaria, secondaria e di

Formazione Professionale, secondo una pianificazione che tenga conto di standard di popolazione scolastica, dei tassi di dispersione scolastica e della complessità dei bisogni educativi speciali rilevanti nel territorio di riferimento.

5. Il Servizio di Psicologia Scolastica si avvale di psicologi inquadrati negli organici del Ministero dell'Istruzione, e agisce in coordinamento col SPT nella determinazione delle modalità e dell'entità degli interventi in base al fabbisogno di salute e benessere psicologico individuato dagli istituti scolastici, dai dipartimenti locali del SPT e dai servizi sanitari del territorio.
6. Il Ministero dell'Istruzione, in coordinamento con il Ministero della Salute e il SPT, implementa idonei percorsi di educazione alla salute e al benessere psicologico, alla sensibilità e all'emotività in tutte le scuole di ogni ordine e grado, tenendo conto anche delle forme di disagio psicologico dei bambini e degli adolescenti.
7. Con decreto del Ministro dell'Istruzione, di concerto con il Ministro della Salute e da adottare entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono definite le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione del presente articolo in coerenza con le altre previsioni della presente legge.

Art. 8

Coordinamento locale tra Servizio di Psicologia di Territorio e Servizio di Psicologia Scolastica

1. Il SPT e il SPS si coordinano a livello territoriale (provinciale, distrettuale o di ambito) in modo da assicurare un'integrazione delle prospettive di intervento di rispettiva competenza, per la tutela e la promozione della salute, del benessere, dei diritti e delle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza a livello sociale, sanitario e educativo, confrontandosi e coordinandosi con i dispositivi di Piano di Zona di cui all' articolo 19 della legge 328/2000.
2. Il coordinamento territoriale di SPT e SPS condurrà un Piano Territoriale Triennale (Patto di territorio per la tutela, la promozione della salute, del benessere, dei diritti e delle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza).
3. Il Piano Territoriale Triennale, di seguito PTT, costituisce il quadro di riferimento delle azioni dei servizi a livello territoriale.
4. Il PTT persegue il rafforzamento delle capacità di lettura dei comportamenti individuali e collettivi, anche attraverso il consolidamento o la creazione di strumenti di rilevazione e confronto, di dispositivi "epidemiologici" e di metodologie quanti-qualitative entro un quadro di coinvolgimento partecipativo che coinvolga i diversi soggetti istituzionali e territoriali.
5. Il PTT individua e definisce le linee di azione relative agli aspetti preventivi e di promozione della salute e del benessere emotivo, psicologico, relazionale sia dei minori, sia degli adulti e dei soggetti impegnati nelle relazioni educative e di cura.
6. Il PTT promuove una contestuale coniugazione delle prospettive di educazione e di cura entro cui organizzare gli interventi dei soggetti e delle istituzioni.
7. Il PTT integra e coordina le azioni volte ad assicurare l'inclusione scolastica e sociale delle persone con disabilità, anche in coordinamento con i servizi di neuropsichiatria infantile.
8. Il PTT attiva e sollecita la collaborazione tra SPT, SPS e le realtà educative e religiose del territorio, le offerte e i dispositivi culturali, sportivi, del volontariato e della varietà delle animazioni sociali.
9. Il PTT prevede un raccordo con le modalità di organizzazione e di presa in carico integrata dei dispositivi sociosanitari delle cure primarie.
10. Il PTT valorizza le risorse territoriali allestite per il supporto dei minori e per la promozione della salute e del benessere dell'infanzia e l'adolescenza.

11. Il PTT definisce la rete consulenziale integrata per la scuola, le istituzioni educative, le famiglie, il terzo settore e le agenzie formali e informali del territorio mettendo a disposizione professionalità consulenziali psicologiche, educative e sociali.

Art. 9

Formazione

1. Le Università, sentito il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, adeguano i percorsi formativi nei Corsi di laurea abilitante in Psicologia, nelle Scuole di Specializzazione Universitarie e nei Corsi di alta formazione (corsi di perfezionamento e master di I e II livello) alle previsioni della presente legge e alla legge 11 gennaio 2018 n. 3.
2. Le Università istituiscono specifici percorsi di specializzazione post lauream per la Rete Psicologica Nazionale abilitanti le funzioni professionali previste per il SPT e il SPS e, in particolare per le figure dello Psicologo delle Cure Primarie e dello Psicologo Scolastico, nell'ambito degli attuali ordinamenti delle Scuole di Specializzazione, potenziando le attività di docenza e ricerca legate alla formazione universitaria di terzo livello.
3. Il piano degli studi si riferisce, con appropriate integrazioni, all'ordinamento delle Scuole di Specializzazione in Psicologia (riordino degli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area psicologica, Decreto MIUR n. 50/2019).
4. Potranno accedere a questo livello di formazione universitaria i laureati magistrali in psicologia, abilitati all'esercizio della professione, previo superamento delle prove di ammissione previste dagli ordinamenti universitari.
5. Le lezioni teoriche e metodologiche nei settori scientifico disciplinari previsti dagli ordinamenti sono effettuate in percorsi didattici a cura delle Università. Le attività pratiche e professionalizzanti e le supervisioni alla formazione psicoterapeutica vengono effettuate con riferimento specifico alle azioni previste nel SPT, nelle Case di Comunità e nelle AFT, ovvero nell'SPS, negli Istituti e negli uffici scolastici e della formazione professionale a cura delle Università anche con il concorso delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, degli uffici scolastici regionali e provinciali e della rete formativa costituita dai servizi e presidi ospedalieri, dipartimentali e distrettuali, ivi compreso l'SPT e l'SPS.
6. La formazione dello psicologo specialista implica la partecipazione guidata (tirocini professionalizzanti) alla totalità delle attività psicologiche presso il Servizio di Psicologia del Territorio, le Aziende Sanitarie Locali, le Case di Comunità e le articolazioni organizzative della medicina delle cure primarie, presso il Servizio di Psicologia Scolastica, gli Uffici scolastici territoriali, gli istituti di istruzione prescolastica, primaria e secondaria e presso la formazione professionale, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e/o consulenziali nell'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, d'intesa con la direzione sanitaria e con dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie degli istituti scolastici e di formazione professionale presso cui si svolgono le attività. I tirocini si avvalgono di un tutorato a cura di docenti dell'Università, di personale delle ASL convenzionate e di personale dirigente delle Amministrazioni e degli Istituti Scolastici e della formazione professionale con specifico curriculum e comprovata formazione psicologica e nei settori scientifico-disciplinari previsti dagli ordinamenti delle Scuole di specializzazione.
7. In analogia a quanto previsto dall'art. 40 comma 1 del D.Lgs. 368/99 per gli specializzandi in Medicina, anche per gli Psicologi in formazione universitaria nei percorsi di specializzazione post lauream per la Rete Psicologica Nazionale, impegnati in formazione nel Servizio di Psicologia di Territorio e nel Servizio di Psicologia Scolastica, l'impegno richiesto è pari a quello previsto per il personale del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, complessivamente 38 ore settimanali.

8. Per tutta la durata legale dei corsi di specializzazione di cui ai commi 2 e 8 del presente articolo, è corrisposto, agli psicologi in formazione specialistica universitaria, un trattamento economico annuo onnicomprensivo, i cui termini saranno stabiliti con apposito Decreto. Lo specializzando, ammesso ai Corsi, verrà contrattualizzato per la durata dell'intero percorso formativo, con un compenso stabilito d'intesa tra il ministero della Salute, dell'Istruzione e delle Finanze.
9. Il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, determinano con uno o più decreti il fabbisogno stimato e ponderato dei corsi di specializzazione post lauream di cui all'art 2 e 8.
10. Gli psicologi del Servizio di Psicologia del Territorio, gli Psicologi delle Cure Primarie e gli Psicologi scolastici in possesso del titolo di Specializzazione universitaria che avranno accesso ai ruoli previsti nelle Amministrazioni di appartenenza, avranno un inquadramento analogo e un trattamento economico commisurato a quello attualmente previsto per gli Psicologi nel Servizio Sanitario Nazionale.
11. Il coordinamento delle attività di formazione potrà essere assicurato da un Comitato tecnico-scientifico composto da rappresentanti dei Direttori delle Scuole di Specializzazioni in Psicologia, da un rappresentante dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, da un rappresentante del Ministero della Salute e del Ministero dell'Istruzione.

Art. 10

Istituzione del fondo permanente per il voucher psicologo

1. È istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze il “fondo permanente per il finanziamento del voucher-psicologo” destinato a finanziare l'accesso diretto all'accompagnamento psicologico ovvero alla psicoterapia.
2. All' art.1/quarter, comma 3, della legge n. 15/2022 le parole “fruibili presso specialisti privati regolarmente iscritti nell'elenco degli psicoterapeuti nell'ambito dell'albo degli psicologi. Il contributo è stabilito nell'importo massimo di 600 euro...” sono sostituite con “fruibili presso professionisti iscritti all'albo degli psicologi o iscritti agli elenchi speciali degli psicoterapeuti nei rispettivi albi di cui alla legge 56/1989. Il contributo è stabilito nell'importo massimo di 1500 euro...”.
3. All'art.1/quarter, comma 4, della legge n. 15/2022 le parole “e a quelli derivanti dall'attuazione del comma 3, pari a ulteriori 10 milioni di euro per l'anno 2022,...” sono sostituite con “e a quelli derivanti dall'attuazione del comma 3, pari a ulteriori 50 milioni,...”.

Art. 11

Disposizioni finanziarie

1. Ai nuovi o maggiori oneri finanziari derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede:

Art. 12

Clausola di salvaguardia

1. Le disposizioni della presente legge sono applicate nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

Il “Razionale” della proposta di Legge

Alla base della proposta di legge c'è la visione del cittadino come portatore di “diritti psicologici” legati allo sviluppo del capitale umano individuale e collettivo, al dispiegarsi delle potenzialità e risorse soggettive, alla tutela del benessere psicologico sia come diritto privato e individuale, sia come elemento di interesse generale della comunità nazionale e delle comunità particolari nelle quali si svolge la vita dell'individuo.

Questi diritti psicologici non sono a tutt'oggi pienamente riconosciuti e non trovano corrispondenza in una sistematica e tempestiva capacità di risposta in servizi pienamente accessibili e sufficientemente diffusi nelle varie realtà nazionali e locali. Tale insufficienza contrasta con una crescente domanda di psicologia nella società e con la diffusa percezione che essa impedisca il pieno esercizio del diritto alla salute, all'eguaglianza e allo sviluppo personale e sociale, sancito dalla Costituzione.

Tutto questo ha purtroppo trovato in modo drammatico conferma nel grave incremento delle forme di disagio psicologico durante la Pandemia Covid-19. Uno studio di Lancet parla di 53 milioni di casi in più di depressione maggiore (+28 per cento) e 76 milioni di casi in più di disturbi d'ansia (+26%) nel 2020. In Italia la situazione non è diversa. Con la pandemia questo disagio è aumentato di oltre il 25 per cento per i disturbi come ansia e depressione.

L'incidenza è cresciuta in maniera impressionante. Si è arrivati al 20 per cento della popolazione interessata da disturbi più o meno gravi, si tratta ormai non più un problema individuale ma sociale.

La questione riguarda in particolare i giovani under 40, ma è trasversale alle classi economiche.

Né va sottaciuto che fenomeni di isolamento, ritiro sociale, spaesamento, depersonalizzazione, esaurimento emotivo hanno attraversato pressoché tutte le classi di età, le diverse posizioni sociali, spesso intrecciandosi con fragilità economiche e culturali, amplificando le sofferenze psicologiche di chi è colpito da condizioni sfavorevoli, come le cronicità sanitarie o le varie forme di vecchie e nuove povertà. Anche per questo vi è chi al concetto di pandemia affianca quello più pervasivo di “sindemia”, riconoscendo che la gravità della malattia e i suoi gravi riflessi psicologici si affiancano alle condizioni di disagio e fragilità “non trasmissibili”, ma fortemente radicati nei panorami di ineguaglianza socioculturale.

La pandemia peraltro, è ormai riconosciuto, ha acuito e “slatentizzato” forme di disagio che sono spesso espressione e si accompagnano ad una crescentemente diffusa percezione di vulnerabilità sui piani individuali e collettivi e ad una “insoddisfazione per la vita” legata ad un senso di precarizzazione e frustrazione dei progetti di vita a livello individuale e collettivo.

Il riconoscimento e la percezione di una vulnerabilità diffusa e penetrante chiama in causa l'esigenza di un nuovo umanesimo centrato sulla persona umana, non più come individuo isolato, ma come soggettività in relazione, interconnessa e interdipendente, situata in contesti ed entro dinamiche di riconoscimento, oltre che di distribuzione e allocazione di beni. Talora prende rilievo per la salute e il benessere delle persone la loro appartenenza a gruppi vulnerabili e subalterni che divengono oggetto di forme di istituzionalizzazione, esclusione e oggettivazione delle vulnerabilità.

Queste tensioni rendono evidente che la salute intreccia i diritti psicologici ad un'esistenza piena, consapevole e responsabile e il diritto a ritrovare supporto e solidarietà entro le relazioni interumane impegnate nei processi di cura che possono sostenere o, al contrario, indebolire la “capability” di prendersi cura di sé stessi, degli altri e del mondo.

Possiamo ben pensare che questo intreccio costituisca ciò che caratterizza e qualifica (o che mette in discussione) l'insediamento delle persone e dei gruppi, nelle diverse età della vita e nei propri territori vitali ed è a questo livello che prendono consistenza sia i problemi della salute individuale e collettiva, sia le risorse che possono aiutare a fronteggiarli e a promuovere e migliorare le prospettive di vita e benessere personale e sociale. Ed è allora nel territorio che si rende pienamente e concretamente percepibile che la salute (come

afferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2011) consiste nella "capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive".

Negli ultimi decenni del XX secolo, le strategie di ricerca e le pratiche d'intervento sulla salute si sono progressivamente emancipate dalle prospettive esclusivamente centrate sulla persona e sul "modello malattia", per affrontare nuovi e più complessi territori in cui fattori socio-economici, demografici, culturali e ambientali condizionano le politiche sanitarie e influenzano le scelte di salute sia a livello personale che collettivo. È in questa direzione che, dal 1974, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, introducendo il concetto di Health promotion basato su un approccio bio-psico-sociale, ha incoraggiato sistematicamente la ricerca di nuove e diverse strategie per il miglioramento della salute, dall'educazione dei singoli alla realizzazione di cambiamenti a livello della comunità e dell'ambiente.

Questo rappresenta uno slittamento dal trattamento delle malattie alla promozione del benessere e della consapevolezza, dalla centralità del sintomo e della menomazione alla complessità multicausale dei fattori e delle risorse di salute, dalla focalizzazione sull'individuo isolato alla complessità delle relazioni interpersonali, sociali e di comunità, dal posizionamento passivo del "paziente", al riconoscimento di una capacità umana di costruire significati e narrazioni, promuovendo cambiamento sia a livello individuale che collettivo.

Per queste ragioni, la salute oggi acquista nuovi e diversi significati quando intreccia la complessità dei luoghi del quotidiano, sia gli spazi della cura e dei servizi, sia i territori più ampi e diversificati delle relazioni interumane nella società civile, nella città, nei luoghi di lavoro, nelle scuole, in cui, appunto, la salute "ha luogo". I luoghi che "attraversiamo" ogni giorno si possono quindi configurare come spazi di dialogo all'interno dei quali - grazie all'intreccio di relazioni inter-personali, inter-gruppali e inter-istituzionali - emergono voci, valori, esperienze, idee, simboli, culture, identità e storie di vita che possono sollecitare la comprensione di fenomeni psicologici, comportamentali e socio-culturali che concorrono anche alla costruzione di molteplici visioni di salute.

Il Covid-19 ha dunque reso evidente che uno sguardo parziale alla salute è insufficiente a vincerne l'impatto critico e ha imposto l'urgenza di integrare le risposte sanitarie e sociali con una riorganizzazione della loro presenza nel territorio, un riavvicinamento ai bisogni e al diritto alla cura delle persone nella comunità e un'attenzione diretta ed esplicita, professionalmente organizzata, ai bisogni psicologici della popolazione. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), promuove una riorganizzazione della sanità territoriale, pensata come insieme organizzato di servizi in cui il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o socio-sanitarie.

Promotrice di un modello di intervento multidisciplinare, la sanità territoriale diviene luogo privilegiato per la progettazione di interventi di carattere sanitario, sociale e socio-sanitario. Costruire una realtà organizzativa con queste caratteristiche significa attivare processi di ricomposizione e integrazione delle risorse, delle conoscenze, dei servizi e degli interventi con tutte le realtà presenti nel territorio a partire dalla rete di offerta sociale, civica e educativa. A questa fondamentale azione di riorganizzazione sanitaria e sociale è ora ancor più necessario garantire la puntuale e non rinviabile attenzione e integrazione con la cura e la promozione delle dimensioni psicologiche così strettamente intrecciate con le vicende della salute individuale e collettiva.

Questa consapevolezza impone, nel campo della salute e della promozione dello sviluppo umano e sociale, un'alleanza conoscitiva e pratica tra «operatori del sapere» sociale e

«operatori della cura» in cui ciascuno sia chiamato a ripensare il «proprio sapere disciplinare e le proprie pratiche di intervento» in una trama di collaborazione e di incontro multi e transdisciplinare. In questo contesto il «discorso» sulla salute si propone come un campo semantico e fenomenologico particolarmente complesso, che intreccia in molti modi i domini della vita, delle relazioni interumane, dei posizionamenti sociali, delle prospettive di sviluppo e delle sofferenze umane. In particolare, salute fisica, mentale e sociale non sono separabili e sono intrecciate con lo sviluppo umano e con il benessere, non solo con l'assenza di malattia.

Anche la sofferenza, la patologia si presenta sempre in modo complesso e inestricabile, come intreccio di fattori biologici, psicologici e sociali entro la varietà degli sfondi culturali e ambientali. Anche la salute

psicologica non è «assenza di malattia» e si radica innanzitutto nei processi di individuazione, socializzazione e relazione a livello interpersonale, familiare, sociale e di comunità.

La salute «globale» della persona è allora affidata alla promozione delle capacità cognitive, affettive, emotive, relazionali, sociali e di autoregolamentazione, insieme alla capacità di «essere nel mondo» insieme ad altre persone, volto a migliorare le opportunità e la coesione sociale, in un rapporto conviviale, cordiale e consapevole con l'ambiente e le altre forme di vita (questa è «l'altra faccia» della One Health proposta dall'OMS).

Tutto questo viene sia «prima» che «dopo» la presa in carico nei processi di «cura» e richiede che la cura stessa si intrecci con la «care» inclusiva, attivando reti dialogiche e di accoglienza nelle comunità, evitando di «saldare i sintomi alla persona» e valorizzando solidarietà, fratellanza e compassione.

La cura va iscritta in questa dimensione e non segregata nella contenzione fisica o farmacologica o nelle pratiche della mera «riduzione del danno». La saldatura tra le dimensioni «psicologiche», «sociali» e «sanitarie» in una prospettiva globale e non semplicemente intersettoriale è il primo passo per assegnare alla prospettiva di comunità la responsabilità primaria nella gestione della salute personale e sociale, verso cui i «servizi» devono riorganizzare il proprio sguardo e le proprie competenze.

A fondamento di questa prospettiva si pone il principio di un “diritto psicologico” che costituisce parte integrante del diritto alla salute e che trova implicito riferimento trasversale anche nella Carta Costituzionale. Il concetto di “diritti psicologici”, intesi in base alle conoscenze attuali sul ruolo della dimensione psicologica per la vita umana, rimanda infatti ai diritti previsti dalla nostra Costituzione. In particolare:

- “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale... È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”. (art. 3)
- “La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.”. (art. 4)
- “La Repubblica protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo. (art. 31)
- “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”. (art. 32)

Pieno sviluppo della persona umana, protezione della maternità, infanzia e gioventù e tutela e promozione della salute – solo per citare alcuni tra i possibili riferimenti costituzionali sono concetti che non si realizzano e non si concretizzano senza l'adeguata attenzione agli aspetti psicologici della realizzazione del sé singolare e plurale.

La «cura» nelle sue dimensioni psicologiche e bio-psico-sociali non si esaurisce solo nel «trattamento» e «prevenzione» delle malattie, ma significa soprattutto promuovere salute e capacità, empowerment, benessere e partecipazione a livello individuale e collettivo.

Una sanità territoriale (e non solo) orientata alla promozione della salute è una sanità partecipata e condivisa, in cui le persone e le comunità sono tenute presenti e coinvolte attivamente e sistematicamente nella gestione della salute, dello sviluppo personale e sociale.

Una sanità territoriale di questa natura deve saper coniugare accessibilità, tempestività, efficacia anche alle prestazioni e alle professionalità psicologiche e psicosociali e deve saper integrare questa prospettiva con le altre dimensioni della cura e della promozione umana e sociale nei territori.

Per far fronte a queste sfide, crescentemente complesse, si propone di costruire una diversa presenza psicologica nella società che parta dalla prevenzione del malessere e dalla promozione del benessere e del capitale umano, individuale e collettivo.

Cinque i pilastri della nostra proposta: la rete psicologica territoriale, lo psicologo di base, lo psicologo scolastico, la formazione e il bonus psicologo.

Interventi che si intersecano e si potenziano reciprocamente, integrando l'investimento pubblico e privato in una logica che punta ad ampliare il ricorso al confronto e all'accompagnamento psicologico in più ambiti e in più declinazioni: dalla scelta personalissima di avvalersi di un terapeuta privato fino al confronto col professionista di comunità, passando per tutte le gradazioni di una presenza psicologica integrata e in dialogo con la realtà della quale si occupa.

La rete psicologica territoriale, la psicologia nelle cure primarie, l'accesso alle prestazioni psicologiche di base come punti cardine di un Servizio di Psicologia del Territorio.

Questa determinazione comporta una ridefinizione della responsabilità della psicologia nel sistema delle cure a livello territoriale: da un lato, naturalmente, agli psicologi impegnati nel territorio fanno capo interventi «in linea» con i compiti propri della professione nell'ambito della salute mentale, delle dipendenze e dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza, dei servizi consultoriali e per la famiglia, e così via. Dall'altro si richiede alla psicologia di assicurare «l'integrazione sociosanitaria degli interventi». Questo inevitabilmente comporta un riconoscimento e l'estensione del ruolo della psicologia nel sistema sociosanitario delle prestazioni e della cura ed esplicita la sua funzione, quantomeno, a livello di:

- presa in carico della persona nel suo complesso
- valutazione multidimensionale dei bisogni
- definizione di piani personalizzati di inclusione, di assistenza e di cura
- integrazione dei servizi destinati alla persona.

Alla responsabilità più consolidata nell'ambito dei dispositivi legati alla «salute mentale», si affianca una responsabilità della psicologia a livello delle «cure primarie» e della «integrazione sociosanitaria delle cure». Tra queste aree, peraltro, si deve riconoscere una stretta prossimità propria della visione biopsicosociale che caratterizza culturalmente ormai da tempo la professione psicologica.

Proprio questa funzione ampiamente biopsicosociale assegna alla psicologia compiti più generali di promozione psicologica e psicosociale nel territorio, che si collocano in uno scenario ecosistemico in cui le funzioni sociosanitarie lambiscono e intersecano quelle educative, di sviluppo di comunità, di promozione ambientale e più in generale di promozione della persona, della famiglia, dei gruppi nella comunità.

Ne risulta con tutta evidenza una accresciuta complessità delle funzioni e della responsabilità della psicologia che comporta inevitabilmente un adeguamento sia quantitativo, volto a coprire le nuove esigenze anche a livello degli organici aziendali, sia una rimodulazione organizzativa più appropriata che riconosca l'autonomia e la complessità dei compiti professionali entro il nuovo panorama socio sanitario nei territori e un rafforzamento dei dispositivi organizzativi che, pur nell'autonomia degli ordinamenti

Regionali, miri a sostenere l'autonomia dei Dipartimenti di Psicologia in seno alle Aziende Sanitarie Locali.

In particolare, in questo panorama, ai servizi sanitari, socio-sanitari, ospedalieri e consultoriali, ai servizi sociali, alle Case di comunità e agli psicologi che in essi operano, dovrà essere assegnata una pluralità di funzioni sanitarie e socioassistenziali, di inclusione sociale delle disabilità e delle diversità, di promozione educativa e scolastica, di sviluppo di comunità e dell'ambiente, di tutela delle marginalità gravi e assistenza carceraria, di promozione dell'attività motoria e sportiva e così via, agendo nel rispetto e valorizzazione delle responsabilità e delle titolarità naturali e sociali (familiari, educative, assistenziali, di promozione civica e animazione sociale) in ottica di comunità e di empowerment.

Centrale, in questa prospettiva, è l'istituzione della figura dello Psicologo nelle Cure Primarie, che dovrà agire presso le Case e gli ospedali di comunità, nelle AFT e presso i servizi sanitari e sociali che adempiono ai compiti di Cure primarie previste dall'ordinamento e dai LEA.

Occorre infatti assicurare la presenza degli psicologi in affiancamento e collaborazione con gli operatori sanitari, sociali educativi e, in primo luogo e soprattutto con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli assistenti sociali e gli educatori professionali, con uno sguardo attento alle risorse psicosociali nella comunità.

Si potranno così prefigurare forme di lavoro in équipes territoriali integrate che potranno contribuire a ridefinire mission e vision delle grandi organizzazioni della salute (e della malattia), non più come meri organizzatori delle prestazioni, ma come attori destinati a raccogliere e rendere disponibili strategie e politiche di salute e dialogo interumano.

Questo sforzo è teso anche a rendere abitabili forme di organizzazione nuove (in alleanza ad esempio col Terzo Settore) che saldino l'intervento a livello psicologico e multitrans-disciplinare con le istanze dal basso e le risorse sociali e politiche dei territori e ad attivare pratiche di attenzione e dialogo nella cura che sappiano accogliere e comprendere le tensioni nel quotidiano che caratterizzano la vita delle persone rendendo «abitabili» i (non) luoghi della diagnosi, della cura e della prevenzione, in cui prenda corpo e luogo una prospettiva di salute, un discorso aperto su e con la varietà delle soggettività e intersoggettività nelle pratiche sociali.

Lo psicologo delle Cure primarie attenderà sia a compiti direttamente implicati con le funzioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali (quali: partecipazione ad equipe integrate composte da MMG, Psicologo, Assistente Sociale, Infermiere di comunità presso le Case di Comunità e le AFT; partecipazione alla valutazione multidimensionale dei bisogni, alla presa in carico integrata e alla definizione dei piani assistenziali socio-sanitari; integrazione sociosanitaria dei profili assistenziali; collaborazione alla definizione dei bisogni di assistenza domiciliare; sostegno psicologico e supporto alla compliance e all'engagement del paziente e delle famiglie nel percorso di cura, con particolare attenzione alle patologie croniche; accesso diretto dei pazienti per disturbi di lieve entità e raccordo con i servizi specialistici di diagnosi e cura (Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria, SerD, Servizi Dipartimentali di Psicologia, Consultori Familiari) per la presa in carico di situazioni di maggiore complessità) sia a funzioni di supporto e consulenza psicologica nella comunità (quali ad es: collaborazione ai progetti e alle funzioni di promozione della salute in ottica di comunità e di prevenzione; collaborazione con i consultori familiari, le NPJA, i servizi sociali per la promozione della salute nell'infanzia e adolescenza, per la tutela dei minori; collaborazione con la psicologia scolastica di territorio per la condivisione di patti educativi nel territorio; interventi sulla marginalità grave e in carcere; psicologia giuridica e giustizia riparativa; sviluppo di comunità, psicologia ambientale e dell'emergenza, supporto ai PGT; inclusione sociale, promozione della coesione sociale e welfare generativo; interventi per l'invecchiamento attivo e domiciliarità; promozione dell'attività motoria e sportiva)

Complementare a questa impostazione di una ampia ed estesa rete di supporto psicologico nel territorio è anche la stabilizzazione del cosiddetto "Bonus Psicologo" destinato a sostenere un accesso diretto alle prestazioni psicologiche a soggetti economicamente svantaggiati, anche presso gli studi di professionisti iscritti e certificati dall'Ordine degli Psicologi. Questa misura, nata come transitoria, mantiene per il momento una sua portata significativa, sia in attesa di una piena attuazione del SPT, sia come dispositivo volto ad assicurare maggior pluralismo scientifico-culturale negli approcci che caratterizzano l'offerta di sostegno psicologico nei territori.

Si ritrova entro questa prospettiva generale una peculiare attenzione alle realtà giovanili, alla promozione della salute per le bambine e i bambini, le ragazze e i ragazzi e alla istituzione di un autonomo Servizio di Psicologia Scolastica di Territorio, strettamente coordinata e integrata col Servizio di Psicologia del Territorio

Occorre prestare attenzione in particolare alle realtà giovanili, alle ragazze e ai ragazzi che sono stati profondamente attraversati con esiti difficilmente sostenibili dalle esperienze di isolamento e forzato ritiro sociale durante la pandemia. Tutto questo richiede che, all'interno della prospettiva territoriale che qui viene proposta per i servizi psicologici, nuova e più sistematica attenzione venga attivata per la promozione della salute e dello sviluppo personale e sociale nella scuola e verso le nuove generazioni.

Aspetti soggiacenti alle manifestazioni comportamentali di disagio sono le espressioni e forme di disagio che investono il corpo e le relazioni, accompagnate da isolamento, ritiro sociale e/o atti sia autolesivi sia di

esibizione reattiva, coma anche le espressioni di una evidente “insoddisfazione per la vita” più diffusa, drammatica sia quando si accompagna con atti auto ed etero-lesivi, sia quando, più spesso, si fa silenziosa e “normalizzata” o, meglio, “rassegnata”.

La complessità di queste sofferenze inedite si iscrive in processi evolutivi in cui le tensioni e i “compiti di sviluppo” fase-specifici intrecciano sia un’accresciuta problematicità dello sfondo sociale, sia una diffusa percezione di indebolimento e frustrazione della capacità di orientamento, accoglienza e interlocuzione dei modelli “adulti”, chiamati evidentemente ad un “cambio di registro” tanto necessario e urgente, quanto difficile da conseguire e realizzare.

Questi aspetti evidenziano una fisionomia multi e inter-problematica che non può essere affrontata con sguardi e interventi unicamente o prevalentemente medici, clinici o psicoterapeutici, ma impegnano una visione biopsicosociale e richiedono una consapevolezza e una capacità di intervento transdisciplinare e multisettoriale.

Tutto ciò richiede in primo luogo:

- una integrazione delle prospettive e degli interventi a livello sociale, sanitario, educativo e civico;
- il rafforzamento delle capacità di lettura dei comportamenti individuali e collettivi, anche attraverso il consolidamento o la creazione di strumenti di rilevazione e confronto di dispositivi “epidemiologici” e di metodologie quanti-qualitative, rigorose e tempestive, attuate entro un quadro di coinvolgimento partecipativo e riflessivo che coinvolga i diversi soggetti istituzionali e stakeholders territoriali, capace di parlare alle varie responsabilità civili e sociali e di raggiungere i protagonisti diretti dell’azione educativa (adulti e ragazzi);
- questo obiettivo deve aiutare a proiettare le condizioni di disagio, difficoltà e fragilità sugli sfondi dei “profili di comunità” in cui sia possibile intrecciare e valorizzare le diverse titolarità, responsabilità e risorse del territorio, costruendo spazi di elaborazione sociale, di lettura dei bisogni e progettazione di azioni che potrebbero configurare veri e propri patti educativi nel territorio;
- una forte attenzione strategica agli aspetti preventivi e di promozione della salute e del benessere “emotivo, psicologico, relazionale” sia di “bambini, ragazzi e ragazze”, sia degli adulti e dei soggetti impegnati nelle relazioni educative e di cura;
- una consapevole coniugazione delle prospettive di educazione e di cura (cura di sé, cura degli altri, cura del mondo) entro cui convocare la varietà degli interventi e delle modalità d’azione e delle responsabilità dei soggetti e delle istituzioni;
- una focalizzazione sulle responsabilità condivise nel sostenere e promuovere competenze e skills cognitive e non cognitive, relazionali e sociali, emotivi e affettive (life skills) e diffusione “riflessiva” (non addestrativa) delle metodologie in grado di riversarle e intrecciarle entro i dispositivi educativi e di cura;
- l’integrazione e il coordinamento delle azioni volte ad assicurare l’inclusione scolastica e sociale delle persone con disabilità, anche in coordinamento con i servizi di neuropsichiatria infantile;
- una piena valorizzazione, attivazione e sollecitazione delle capacità resilienti e trasformative delle istanze collettive e delle “risorse delle culture educative locali” (comprese quelle implicite delle realtà giovanili, di bambini e bambine, ragazzi e ragazze) che trovano espressione nelle scuole, nelle realtà educative e religiose del territorio, nelle offerte e nei dispositivi culturali, sportivi, del volontariato e della varietà delle animazioni sociali;
- la costruzione entro questa prospettiva educativa di una relazione diretta e di una compresenza delle istanze di accoglienza e ascolto, di presa in carico integrata entro i dispositivi sociosanitari delle cure primarie, valorizzando e indirizzando in questo senso anche i processi di costruzione delle “case di comunità”, consentendo una tempestività e capillarità di attenzione e risposta “progettuale” alle manifestazioni di difficoltà e disagio, innanzitutto sostenendo e attivando reti familiari, sociali e di prossimità dei ragazzi e delle famiglie;

- valorizzazione delle risorse territoriali allestite per il supporto dei minori e per la promozione della salute e del benessere dell'infanzia e l'adolescenza, recuperandone l'esperienza e la capacità innovativa, sperimentata in una capacità progettuale cresciuta nei territori, a partire dalla Legge 285/85;

- allestimento, entro la prospettiva del "patto educativo di territorio", di una rete consulenziale per la scuola, le istituzioni educative e i loro agenti di cambiamento (alunni, insegnanti, organizzazione scolastica, famiglie, comunità e territorio), che:

- 1) assuma connotati dialogici capaci di alimentare la composizione polifonica delle voci che caratterizzano l'universo della scuola e delle educazioni nel territorio, agendo da consulenti nella concretezza delle situazioni che caratterizzano quotidianamente la vita e le attività nella scuola e nel territorio, alimentando e sostenendo le voci e la varietà delle "life, cognitive e non-cognitive skills",
- 2) faciliti la formazione e la definizione di linee di intervento, ma anche e soprattutto la «implementazione in classe dei percorsi formativi (...) rivolti agli studenti, prefigurando anche modalità di valutazione della loro efficacia, e contribuendo alla verifica degli effetti della promozione delle competenze (...) sul miglioramento del successo formativo e sulla riduzione della dispersione scolastica e della povertà educativa» (AIP, 2022),
- 3) aiuti insegnanti e educatori a comprendere e affrontare problematiche e dimensioni psicologiche che si incontrano necessariamente nelle dinamiche di relazione e di apprendimento che caratterizzano la vita scolastica,
- 4) aiuti insegnanti e educatori a convocare e inserire nel proprio setting professionale e relazionale competenze orientate alla promozione della salute e dello sviluppo personale e sociale, competenze cognitive, comunicative e relazionali, emotive e di personalità,
- 5) faciliti e rafforzi un atteggiamento positivo verso gli alunni e la collaborazione con le famiglie e la comunità, considerati come risorsa e non solo come fonte di possibili problemi,
- 6) incoraggi a costruire supporto e collaborazione reciproca con i servizi territoriali e

psicologici di base, anche per la presa in carico e gestione multidimensionale di eventuali situazioni più complesse, in cui i compiti di apprendimento e socializzazione intrecciano dinamiche e criticità a livello individuale, familiare e ambientale.

Riguardo la formazione, le Scuole di Specializzazione Universitarie in Psicologia sono gli interpreti naturali di un percorso formativo di queste figure professionali.

Il percorso formativo universitario si caratterizza in modo unitario e integrato entro il quale si specificano itinerari e opportunità formative on the job destinate agli specifici obiettivi delle singole figure professionali.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87:49-74.
- Accivatti, C., Harro, C. C., & Bothner, K. E. (2006). The effect of body weight supported treadmill training on gait function in children with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*, 18 , 82–83.
- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., & Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American psychologist*, 49: 15-24.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action control* pp. 11-39). Springer Berlin Heidelberg.
- Alac, M. 2005 From Trash to Treasure: Learning About Brain Images Through Multimodality», in *Semiotica*, 156-1/4, pp.177-202.
- Album, D. (1991). The prestige of diseases and medical specialities. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 111:2127-33.
- Algozzine, B., Browder, D., Karvonen, M., Test, D. W., & Wood, W. M. (2001). Effects of interventions to promote self-determination for individuals with disabilities. *Review of Educational Research*, 71 , 219–277.
- Allen, J. K., Stephens, J., Dennison Himmelfarb, C. R., Stewart, K. J., Hauck, S. (2013). Randomized controlled pilot study testing use of smartphone technology for obesity treatment. *J Obes*:151597.
- Allport, G. W. (1961). Pattern and growth in personality.
- Allulli, G. (2010). Dalla strategia di Lisbona a Europa 2020. *Politiche Europee della Formazione*, Roma.
- Anderson, G., Horvath, J. (2004). The growing burden of chronic disease in America. *Public health reports*. Washington, DC: 1974, vol. 119(3), p. 263–70.
- Angerer, P., Siebert, U., Kothny, W., Mühlbauer, D., Mudra, H., & von Schacky, C. (2000). Impact of social support, cynical hostility and anger expression on progression of coronary atherosclerosis. *Journal of the American College of Cardiology*, 36(6), 1781-1788.
- Angulo-Barroso, R. M., Wu, J., & Ulrich, D. A. (2008b). Long-term effect of different treadmill interventions on gait development in new walkers with Down syndrome. *Gait & Posture*, 27 , 231–238.
- Angulo-Barroso, R., Burghardt, A. R., Lloyd, M., & Ulrich, D. A. (2008a). Physical activity in infants with Down syndrome receiving a treadmill intervention. *Infant Behavior & Development*, 31 , 255–269.
- Anson, D., Moist, P., Przywara, M., Wells, H., Saylor, H., & Maxime, H. (2006). The effects of word completion and word prediction on typing rates using on-screen keyboards. *Assistive Technology*, 18 , 146–154.
- Antaki, C. 2013 Applying Conversation Analysis to the communication between medical personnel and patients, in *Salute e Società*. DOI: 10.3280/SES2013-001016EN.
- Antonovsky A. (1987), *Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well*, Jossey Bass, San Francisco.
- Apel, K. O. (1992). *Etica della comunicazione*, Jaka Book, Milano.
- Argyris C. (1958), “Some problems in conceptualizing organizational climate: a case of study of a bank”, *Administrative Science Quarterly*, 2: 501-520.
- Armellini, C., Ferrari, M., Montagna, M., Pucker, G., Bernard, C., & Monteil, A. (1999). Terbium (III) doped silica-xerogels: effect of aluminium (III) co-doping. *Journal of non-crystalline solids*, 245(1), 115-121.
- Armstrong D. (2002), “Theoretical tension in biopsychosocial medicine”, in D. Marks (ed.), *The health psychology reader*, Sage Publications Ltd, London: 66-77.
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness* 17(3): 393– 404.
- Artman, H., Green, T. Garbis, C. 1998 Situation Awareness as Distributed Cognition (1998), in Bannon, B., Warren, T. & Buckley, J. (a cura di), *Cognition and Cooperation: Proceedings of 9th Conference of Cognitive Ergonomics*, Limerick.
- Avallone F. (1994), *Psicologia del lavoro. Storia, modelli, applicazioni*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Bachtin, M. M. (1968). *Dostoevskij: poetica e stilistica*. Torino: Einaudi.
- Bagozzi R. P., & Pieters R., (1998). Goal-directed emotions. *Cognition & Emotion*, 12: 1-26.
- Baker, P. M., & Moon, N. W. (2008). Wireless technologies and accessibility for people with disabilities: Findings from a policy research instrument. *Assistive Technology*, 20 , 149–156.
- Balady, G. J., Williams, M. A., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J. M., ... & Southard, D. (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. *Circulation*, 115(20), 2675-2682.
- Baldree , K. S., Murphy, S. P., & Powers , M. J. (1982) . Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nursing Research*. 31(2), 107-112 .
- Baldwin, D. (2003). Way finding technology: A road map to the future. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 97 ,612–620.
- Balint M. (1957), *The doctor, his patient and the illness*, Pitman Medical Publishing, London; trad. it. *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano, 1961.
- Bandura A., (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37: 122.

- Bandura A., (1998). Personal and collective efficacy in human adaptation and change. *Advances in psychological science*, 1, 51-71.
- Bandura A., (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Applied psychology*, 51: 269-290.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory* PrenticeHall, Inc, Englewood Cliffs, NJ.
- Barab, S., Hay, Kenneth & Yamagata-Lynch, L., 2001 Constructing Networks of Action- Relevant Episodes: An In Situ Research Methodology, *The Journal of the Learning Sciences*, 10, pp. 63-112.
- Barnard, K., & Johnson, M. (2005). Word sense disambiguation with pictures. *Artificial Intelligence*, 167, 13–30.
- Barracough, T. G., & Nee, S. (2001). Phylogenetics and speciation. *Trends in Ecology & Evolution*, 16(7), 391-399.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.
- Barsalou, L.W. 2003 Situated Simulation in the Human Conceptual System, in *Language and Cognitive Processes*, 18 (5/6): 513-562.
- Barth, J., Schneider, S., & von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 72(3), 229-238.
- Basu, A., Dutta, M. J. (2008). The relationship between health information seeking and community participation: the roles of health information orientation and efficacy. *Health Commun*, Jan; 23(1):70-79.
- Battista, R. N., Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Ivan, W., Raynald, J. P., Pierre, B. (1989). An integrated framework for health service research. *J Clin Epidemiol*; 2 (12),1155-1160
- Bauer, S. M., Elsaesser, L. J., & Arthanat, S. (2011). Assistive technology device classification based upon the World Health Organization's, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 6, 243–259.
- Beard, L. M., Harro, C., & Bothner, K. E. (2005). The effect of body weight support treadmill training on gait function in cerebral palsy: Two case studies. *Pediatric Physical Therapy*, 17, 72.
- Beardwood, B., Walters, V., Eyles, J., & French, S. (1999). Complaints against nurses: a reflection of the new managerialism and consumerism in health care?. *Social Science & Medicine*, 48(3), 363-374.
- Becker, H. 1961 *Boys in White*, Chicago, University of Chicago Press.
- Becker, M. H., Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical care*, 13: 10-24.
- Bellelli G., Iacono G., Lo psicologo e l'ospedale come processo organizzativo, in Cesi-Bianchi M. (a cura di), *Psicologia e ospedale generale*, Franco Angeli, Milano, 1979.
- Bennett, C.J. (2011). In defence of privacy: The concept and the regime. *Surveillance & Society* 8(4): 485–496.
- Benyon, D. (2012). *Progettare l'interazione. Metodi e tecniche per il design di media interattivi*, Pearson Italia, Milano.
- Beratarrechea, A., Lee, A. G., Willner, J. M., et al. (2014). The impact of mobile health interventions on chronic disease outcomes in developing countries: a systematic review. *Telemed J E Health*, 20:75–82
- Beresford, E.B. (1991). Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hastings Centre Report* 21(4): 6–11.
- Berg, M. (1997). On distribution, drift and electronic medical record. Some tools for a sociology of the formal. In: Hughes J, et al., editors. *Proceedings of the Fifth European Conference on Computer Supported Co-Operative Work*. Netherlands: Kluwer Academic Publisher, p. 141—56.
- Berg, M. (1997b). "Problems And Promises Of The Protocol", in *Social Science & Medicine*, Vol. 44, n. 8, pp. 1081–1088.
- Berg, M., Akrich, M. (2004). "Introduction – Bodies on Trial: Performances and Politics in Medicine and Biology", in *Body & Society*, Vol. 10, pp 1-12.
- Berg, W P., Alessio, H M., Mills, E M., & Tong, C (1997) Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults *Age and ageing*, 26(4), 261-268.
- Berger P., Luckmann T. (1966), *The social construction of reality: a treatise on the sociology of knowledge*, Penguin, New York
- Bertakis, K. D., Roter, D., Putnam, S. M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*, 32: 175-181.
- Bertini M. (1986), *Psicologia e salute*, La Nuova Italia, Firenze.
- Bertini M. (1989), "Introduzione al tema del numero", *Rivista di psicologia clinica*, 2.
- Bertini M. (2001), *Da Panacea a Igea: verso il delinearsi di un cambiamento di paradigma nel panorama della salute umana*", *L'Arco di Giano*, 30: 11-31
- Bertini M. (2002), "Modello bio-psico-sociale e salutogenesi", in P. Braibanti (a cura di), *Pensare la salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Bertini M. (2010), *Psicologia della salute, dal deviante al viandante*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bertini M., Braibanti P., Gagliardi M.P., (1999), "I programmi di 'Life skills education' LSE) nel quadro della moderna psicologia della salute", *Psicologia della salute*, 3: 13-29.
- Beukelman, D., & Mirenda, P. (2005). *Augmentative and alternative communication*.
- Bhowmik, D., Bhatia, M., Gupta, S., Agarwal, S. K., Tiwari, S. C., & Dash, S. C. (2003). Restless legs syndrome in hemodialysis patients in India: a case controlled study. *Sleep medicine*, 4(2), 143-146.
- Bihl, M. A., Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1988). Comparing stressors and quality of life of dialysis patients. *American Nephrology Nurses Association*, 15(1), 27-36.

- Bion, W. R. (1997). *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Armando editore.
- Blackburn, S., Brownsell, S., Hawley, M. (2006). *Assistive Technology for Independence (AT4I): Executive Summary*. Barnsley.
- Blanchard, M., Metcalf, A., Degney, J., Herrman, H., Burns, J. (2008). "Rethinking the Digital Divide: Findings from a Study of Marginalised Young People's ICT Use." *Youth Studies Australia* 27 (4): 35–42.
- Bolter, J. D., Grusin, R., Marinelli, A., & Gennaro, B. (2002). *Remediation: competizione e integrazione tra media vecchi e nuovi*. Guerini e associati.
- Bonaldi, G., Minonzio, G., Belloni, G., Dorizzi, A., Fachinetti, P., Marra, A., & Goddi, A. (1994). Percutaneous cervical discectomy: preliminary experience. *Neuroradiology*, 36(6), 483–486.
- Bond, D. S., Thomas, J. G., Raynor, H. A., Moon, J., Sieling, J., Trautvetter, J., et al. (2014). BMOBILE--a smartphone-based intervention to reduce sedentary time in overweight/obese individuals: a within-subjects experimental trial. *PLoS One*, 9(6):e100821.
- Bond, G. E., Wolf-Wilets, V., Fiedler, F. E., Burr, R. L. (2001). Computer-Aided Cognitive Training of the Aged: A Pilot Study. *Clinical Gerontologist*, 22: 19-42.
- Bouma, H. (1998). Gerontechnology: emerging technologies and their impact on aging in society. *Stud Health Technol Inform*, 48:93-104.
- Braibanti P. (2003), *Il labirinto di Kos*, CELSB, Bergamo.
- Braibanti P. (2013), "Transurbanza: la psicologia della salute nel paesaggio urbano postmoderno", *URBS. Revista de Estudios Urbanos y Ciencias Sociales*, 3 (2): 53-80.
- Braibanti, P. (2015). *Ripensare la salute. Per un riposizionamento critico nella psicologia della salute*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Braibanti, P. (2016). *Autonomia scolastica e riflessivita*. RICERCHE DI PSICOLOGIA.
- Braibanti, P., Bertini, M., & Gagliardi, M. P. (2006). Il modello «Skills for life» 11-14 anni. La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola.
- Braibanti, P., Strappa, V., Zunino, A. (2011). *Psicologia sociale e promozione della salute*. Editore: Franco Angeli: Roma
- Brazelton, J., & Gorry, G. A. (2003). Creating a knowledge-sharing community: if you build it, will they come?. *Communications of the ACM*, 46(2), 23-25.
- Brazelton, T. B., Sparrow, J. (2003). *The Touchpoints Model of Development*, Brazelton Touchpoints Center, www.touchpoints.org.
- Breen, N., Cronin, K.A., Meissner, H.I., et al., (2007). Reported drop in mammography: Is this cause for concern? *Cancer* 109, 2405–2409.
- Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. Academic Press, New York.
- Brighi, A., Guarini, A., Palermi, A. L., Bartolo, M. G., & Genta, M. L. (2012). Victimization in traditional bullying and cyberbullying among Italian preadolescents. *Giornale di Psicologia dello sviluppo-Journal of Developmental Psychology* n. 100-ottobre 2011, 104.
- Brindal, E., Hendrie, G., Freyne, J., Coombe, M., Berkovsky, S., Noakes, M. (2013). Design and pilot results of a mobile phone weight-loss application for women starting a meal replacement programme. *J Telemed Telecare*, Mar, 21.
- Brodwin, M. G., Cardoso, E., & Star, T. (2004). Computer assistive technology for people who have disabilities: Computer adaptations and modi fi cations. *Journal of Rehabilitation*, 70 , 28–33.
- Brody, H. (1973). The systems view of man: implications for medicine, science, and ethics. *Perspectives in biology and Medicine*, 14: 71-92.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge; trad. it. *Ecologia dello sviluppo umano*, il Mulino, Bologna.
- Brown, R. I., Schalock, R. L., & Brown, I. (2009). Quality of life: Its application to persons with intellectual disabilities and their families – introduction and overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6 , 2–6.
- Bruner, J. (1990). *Act of meaning*, Harvard University Press, Cambridge, trad. It *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Bruni E. A. (2008), "La medicina come ingegneria dell'eterogeneo e pratica socio-materiale", in *Rassegna Italiana di Sociologia*, Vol. 49 (3), pp. 451-476.
- Bruni E. A., Gherardi S. (2007), *Studiare Le Pratiche Lavorative*, Il Mulino, Bologna.
- Bruni, A., Gherardi, S., & Parolin, L L (2007) Knowing in a system of fragmented knowledge *Mind, Culture, and Activity*, 14(1-2), 83-102.
- Buckingham, D. (2006). *Media education. Alfabetizzazione, apprendimento e cultura contemporanea*. Edizioni Erickson.
- Buijink, A. W., Visser, B. J., Marshall, L. (2013). Medical apps for smartphones: lack of evidence undermines quality and safety, "Evid. Based Med.", Jun, 18 (3), pp. 90-92.
- Bullard, R. D. (1990), *Dumping in Dixie: race, class, and enviromental quality*, Westview Press, Boulder.
- Burns, M. N., Begale, M., Duffecy, J., Gergle, D., Karr, C. J., Giangrande, E., et al. (2011). Harnessing context sensing to develop a mobile intervention for depression. *J Med Internet Res*, 13(3):e55.
- Bush, V. (1945). As we may think. *The atlantic monthly*, 176(1), 101-108.
- Cafazzo, J. A., Casselman, M., Hamming, N., Katzman, D. K., Palmert, M. R. (2012). Design of an mHealth app for the self-management of adolescent type 1 diabetes: a pilot study. *J Med Internet Res*, 14(3):e70.

- Calabresi, P., Picconi, B., Parnetti, L., & Di Filippo, M. (2006). A convergent model for cognitive dysfunctions in Parkinson's disease: the critical dopamine–acetylcholine synaptic balance. *The Lancet Neurology*, 5(11), 974-983.
- Canguilhem, G. (1978). *The Normal and the Pathological*, trans. Carolyn R. Fawcett, Dordrecht: Reidel.
- Cannavici, M. (2007). *Psicologia dell'analisi di intelligence*. disponibile sul sito www.cepicsicologia.it.
- Carmeli, E., Patish, H., Coleman, R. (2003). The aging hand. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*;58(2):146–52.
- Carter, M. C., Burley, V. J., Nykjaer, C., Cade, J. E. (2013). Adherence to a smartphone application for weight loss compared to website and paper diary: pilot randomized controlled trial. *J Med Internet Res*,15(4):e32.
- Casper, M., Morrison, D. (2010). “Medical Sociology and Technology: Critical Engagements.” *Journal of Health and Social Behavior* 51 (1): S12–S32.
- Cassel J. (1964), “Social science theory as a source of hypotheses in epidemiological research”, *American Journal of Public Health*, 54: 1482-1488.
- Cassell J. (1991), *Expected miracles: surgeon at work*, Temple University Press, Philadelphia.
- Cassidy, T. (1999). *Stress, cognition and health*, Routledge, London; trad. it. *Stress e salute*. Il Mulino, Bologna, 2002.
- Cassirer E. (1976), *Filosofia delle forme simboliche*, vol. I: *Il linguaggio*, La Nuova Italia, Firenze. Celin D., Montaguti U., Zanetti M. (1991), “L'accreditamento negli ospedali”, *QA*, 4-5, p. 7.
- Celler, B. G., Lovell, N. H., Basilakis, J. (2003). Using information technology to improve the management of chronic disease. *MJA*, 179: 242–246.
- Center for Technology and Aging (2011). *mHealth Technologies: Applications to Benefit Older Adults* , Marzo.
- Centers for Disease Control (2008). *Chronic Disease Prevention and Health Promotion*. CDC, Atlanta, GA.
- Cesa Bianchi, Sala. (1989), *Psicologia dell'invecchiamento*, Franco Angeli, Milano
- Cetina, K. K. (1997). Sociality with objects: Social relations in postsocial knowledge societies. *Theory, culture & society*, 14(4), 1-30.
- Charlop-Christy, M. H., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, L. A., & Kellet, K. (2002). Using the picture exchange communication system (PECS) with children with autism: Assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 35(3), 213-231.
- Charness, N. (2001). *Aging and communication: Human factors issues*. New York: Springer, pp.1-29.
- Charness, N., Scaie, K. W., (2003). *Impact of Technology on Successful Aging*. Springer Publishing Company.
- Chauvet L. M. (1987), *Symbole et sacrement: une relecture sacramentelle de l'existence chrétienne*, Coll. *Cogitatio Fidei*
- Chen, Y. (2010). Take it personally: accounting for individual difference in designing diabetes management systems. In: *Proceedings*. Presented at: The 8th ACM Conference on Designing Interactive Systems; August 16 - 20; Aarhus, Denmark.
- Cherniss C. (1980), *Professional burnout in human service organizations*, Praeger, New York
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). Cortisol awakening response and psychosocial factors: a systematic review and meta-analysis. *Biological psychology*, 80(3), 265-278.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2010). Greater cardiovascular responses to laboratory mental stress are associated with poor subsequent cardiovascular risk status. *Hypertension*, 55(4), 1026-1032.
- Cho, J., Dongjin Park, D., H Erin Lee, H. E. (2014). Cognitive Factors of Using Health Apps: Systematic Analysis of Relationships Among Health Consciousness, Health Information Orientation, eHealth Literacy, and Health App Use Efficacy, *J Med Internet Res*;16(5):e125.
- Chomutare, T., Fernandez-Luque, L., Arsand, E., Hartvigsen, G. (2011). Features of mobile diabetes applications: review of the literature and analysis of current applications compared against evidence-based guidelines. *J Med Internet Res*, 13(3):e65
- Cicourel A. V. (1986). “The reproduction of Objective Knowledge: Common Sense Reasoning in Medical Decision Making”, in Bohme G., Stehr N., *The Knowledge Society*, Reidel Publishing Company, Dordrecht, pp. 87-122.
- Cicourel, A V (1986) *The reproduction of objective knowledge: Common sense reasoning in medical decision making In The knowledge society* (pp 87-122) Springer Netherlands.
- Cicourel, A. 2006a *The Interaction of Discourse, Cognition and Culture*, in *Discourse Studies*, 8 (1), pp. 25-29. 2006b *Cognitive/Affective Processes, Social Interaction, and Social Structure as Representational Re-Descriptions: Their Contrastive Bandwidths and SpatioTemporal Foc*, in *Mind and Society*, 5, pp. 39-70.
- Cimprich, B., Ronis, D. L., & Martinez-Ramos, G. (2002). Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer practice*, 10(2), 85-93.
- Clark, A. 1997 *Being There: Putting Brain, Body and World Together Again*, Cambridge, MIT Press. 2001 *Mindware*, New York, Oxford University Press. 2008 *Supersizing the Mind*. Oxford, Oxford University Press.
- Clark, D. E., Smith, S. K., He, Y., Day, K. A., Licence, D. R., Corps, A. N., ... & Charnock-Jones, D. S. (1998). A vascular endothelial growth factor antagonist is produced by the human placenta and released into the maternal circulation. *Biology of reproduction*, 59(6), 1540-1548.
- Clarke, E. 2004 *Empirical Methods in the Study of Performance*. In Clarke, Eric. (ed.) *Empirical Musicology: Aims, Methods, Prospects*. Oxford, Oxford University Press.
- Clerkin, T. A. (2005). *An exploratory study of the antecedents and consequences of relationships with executive search firms: Implications for a model of career attainment* (Doctoral dissertation, Indiana University).

- Coates, D. R., & Chung, S. T. (2014). Changes across the psychometric function following perceptual learning of an RSVP reading task. *Frontiers in psychology*, 5.
- Cobb S. (1976), "Social support as a moderator of life stress", *Psychosomatic Medicine*, 38: 300314.
- Cohen S., Evans G. W., Stokols D., Krantz D.S. (1986), *Behavior, health and environmental stress*, Plenum, New York.
- Cohen, S., & Herbert, T. B. (1996). *Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology*. *Annual review of psychology*, 47(1), 113-142.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Jama*, 298(14), 1685-1687.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (Eds.). (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press.
- Cole, M. & Engeström, Y. (1993). A cultural-historical approach to distributed cognition. In G. Salomon (Ed.) *Distributed cognitions: Psychological and educational considerations* (pp. 1-46). Cambridge: University Press.
- Collins, B. C., Gast, D. L., Wolery, M., Holcombe, A., & Leatherby, J. G. (1991). Constant time delay to teach self-feeding to young students with severe/profound handicaps: Evidence of limited effectiveness. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 3, 157-179.
- Collins, H. *Dissecting Surgery: Forms of Life Depersonalized*, in *Social Studies of Science*, 24, pp. 311-33.
- Colvin, J., Chenoweth, L., Bold, M., Harding, C. (2004). Caregivers of Older Adults: Advantages and Disadvantages of Internet-based Social Support. *Family Relations*, 53(1): 49-57.
- Comitato Nazionale per la Bioetica (2015). "Mobile-health" e applicazioni per la salute: aspetti bioetici, 28 Maggio.
- COMMISSIONE EUROPEA. "Insegnare e apprendere." (1995).
- Connis, R. (1979). The effects of sequential pictorial cues, self-recording, and praise on the job task sequencing of retarded adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 355-361.
- Contrada, R. J. (1998). It is easier to accentuate the positive in the absence of physical disease. *Psychological Inquiry*, 9(1), 29-33.
- Corbellini, G. (2004), *Breve storia delle idee di salute e malattia*. Carocci.
- Corner M., Norman P. (eds) (1995), *Predicting health behavior: researches and practices with social cognition models*. Open University Press, Buckingham.
- Cosmacini G., (1987), *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste europea alla guerra mondiale, 1348-1918*, Laterza.
- Cosmacini, G. (2015). *Medicina Narrata: Diego DeJaco Editore, Sedizioni*. *Il Giornale di chirurgia*, 2016, 37(1), 50.
- Costa A. (2000). *Cliccando cliccando. Tecnologie Multimediali per l'handicap*, Bologna, Rolo Banca, p. 3.
- Costanzo, M., Caruso, L. A. M., Testa, R., Marziani, A., & Cannizzaro, M. A. (2006). LAVORI ORIGINALI. *Ann. Ital. Chir.*, 77(6), 469-471.
- Cowan, L. T., Van Wagenen, S. A., Brown, B. A., Hedin, R. J., Seino-Stephan, Y., Hall, P. C., et al. (2013). Apps of steel: are exercise apps providing consumers with realistic expectations?: a content analysis of exercise apps for presence of behavior change theory. *Health Educ Behav*, Apr;40(2):133-139.
- Craig, J. (1999). "introduction". In R. Wooten and J. Craig, eds. *Introduction to Telemedicine*. London, the Royal Society of Medicine Press: 3-15.
- Craig, S., Graesser, A., Sullins, J., & Gholson, B. (2004). Affect and learning: an exploratory look into the role of affect in learning with AutoTutor. *Journal of educational media*, 29(3), 241-250.
- Crawford, M. R., & Schuster, J. W. (1993). Using microswitches to teach toy use. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 5, 349-368.
- Crossley M.L. (1998), "Sick role or empowerment: the ambiguities of life with an HIV-positive diagnosis", *Sociology of Health and Illness*, 20 (4): 507-531.
- Crossley M.L. (2000), *Rethinking health psychology*, Open University Press, Buckingham.
- Crossley, M. (2000). *Introducing narrative psychology*. McGraw-Hill Education (UK).
- Curtis S., Bryce H., Treloar C. (1999), "Action research. Changing the paradigm for health psychology researchers", in M. Murray, K. Chamberlain (eds.), *Qualitative Health Psychology*, Sage, London: 202-217.
- Czaja, S. J., Charness, N., Fisk, A. D., Hertzog, C., Nair, S. N., Rogers, W. A., et al. (2006). Factors Predicting the Use of Technology: Findings From the Centre for Research and Education on Aging and Technology Enhancement (CREATE). *Psychol Aging*, 21(2): 333-352.
- D'Andrade, R. *The Development of Cognitive Anthropology*, Cambridge University Press.
- Dale, O., Hagen, K. B. (2007). Despite technical problems personal digital assistants outperform pen and paper when collecting patient diary data. *J Clin Epidemiol* 60(1):8-17
- Damiano, D. L., & DeJong, S. L. (2009). A systematic review of the effectiveness of treadmill training and body weight support in pediatric rehabilitation. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 33, 27-44.
- Dannemiller, L., Heriza, P., Burtner, P., & Gutierrez, T. (2005). Partial weight bearing treadmill training in the home with young children with cerebral palsy: A study of feasibility and motor outcomes. *Pediatric Physical Therapy*, 17, 77-78.
- Davies, J., & Spencer, D. (2010). *Emotions in the field: The psychology and anthropology of fieldwork experience*. Stanford University Press.
- Davis, J. (2012). "Social Media and Experiential Ambivalence." *Future Internet* 4: 955-970.

- de Frias, C. M., Lövdén, M., Lindenberger, U., & Nilsson, L. G. (2007). Revisiting the dedifferentiation hypothesis with longitudinal multi-cohort data. *Intelligence*, 35(4), 381-392.
- De La Guía, E., Lozano, M. D., & Penichet, V. M. (2013). Interacting with Objects in Games Through RFID Technology.
- De Leo, G., Brivio, E., Sautter, S. W. (2011). Supporting autobiographical memory in patients with Alzheimer's disease using smart phones. *Appl Neuropsychol*;18(1):69-76.
- De Leon P.H., VandenBos G.R. (1987), Health psychology and health policy, in G. Stone, S.M. Weiss, J.D. Matarazzo, N.E. Millere, J. Rofin, C.D. Blear, M.J. Follick, J.E. Singer (eds.), *Health psychology, a discipline and a profession*, The University of Chicago Press, Chicago: 175-188
- De Rosa, R. (2014). *Cittadini digitali: l'agire politico al tempo dei social media*. Maggioli editore.
- De Vito Piscicelli, P. (1984). Il clima organizzativo e le sue dimensioni. *Psicologia e Lavoro*, 60/62, 68-81.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human Behavior*. New York: Plenum Press.
- Dedov, V. N., Dedova, I. V. (2015). Automated Management of Exercise Intervention at the Point of Care: Application of a Web-Based Leg Training System, *JMIR Rehabil Assist Technol* 2015;2(2):e11
- DeJong, S. L., Stuber, W. A., & Spady, K. L. (2005). Conditioning effects of partial body weight support treadmill training in children with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*, 17, 78.
- Demidowich, A. P., Lu, K., Tamler, R., Bloomgarden, Z. (2012). An evaluation of diabetes selfmanagement applications for Android smartphones. *J Telemed Telecare*, Jun;18(4):235-238.
- Demiris, G., Hensel, B. K. (2008). Technologies for an Aging Society: A Systematic Review of "Smart Home" Applications, *IMIA Yearbook of Medical Informatics 2008. Methods Inf Med* 2008; 47 Suppl 1: 33-40
- Dennison, L., Morrison, L., Conway, G., Yardley, L. (2013). Opportunities and challenges for smartphone applications in supporting health behavior change: qualitative study. *J Med Internet Res*;15(4):e86.
- Denollet, J., Sys, S. U., & Brutsaert, D. L. (1995). Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic medicine*, 57(6), 582-591.
- Denzin N.K., Lincoln Y.S. (eds.) (1994), *Handbook of qualitative research*, Sage, London.
- Dhillon, J., Frewen, T., Singh, N., & Speechley, K. (1996). Chronic mechanical ventilationdependent children in Canada. *Paediatrics and Child Health*, 1, 111-116.
- Di Clemente, C. C., Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive behaviors*, 7: 133-142. Di Matteo, M. R., Di Nicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance*, Pergamon; New York.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors.
- Diener, E., & Larsen, R. J. (1984). Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral, and cognitive responses. *Journal of personality and social psychology*, 47(4), 871.
- Dileo, C., & Bradt, J. (2009). On creating the discipline, profession, and evidence in the field of arts and healthcare. *Arts & Health*, 1(2), 168-182.
- Dillon, C. M., & Carr, J. E. (2007). Assessing indices of happiness and unhappiness in individuals with developmental disabilities: A review. *Behavioral Interventions*, 22, 229-244.
- Duhl, L. J. (1996). An ecohistory of health: the role of 'healthy cities'. *American Journal of Health Promotion*, 10: 258-261.
- Dunbar, J., Stunkard, A. (1976). "Adherence to diet and drug regimen", in R. Levy, B. Rifkind, B. Dennis, N. Ernst (eds.), *Nulrilion, lipids, and coronary heart disease*, New York, Raven Press, pp. 321-423.
- Durso, S. C., Wendel, I., Letzt, A. M., Lefkowitz, J., Kaseman, D. F., Seifert, R. F. (2003). Older adults using cellular telephones for diabetes management: a pilot study. *Med Nurs: Off J Acad MedSurgical Nurses*;12(5):313-7.
- Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., & Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients.
- Dutt C. (1995), *Hans Georg Gadamer im Gespräch*, Universitätsverlag C. Winter, Heidelberg; trad. it. *Dialogando con Gadamer*, Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- Dutta-Bergman, M. J. (2004). Primary sources of health information: comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Commun*, 16(3):273-288.
- Eichel, C. (1986). Stress and coping in patients on CAPO compared to hemodialysis patients. *American Nephrology Nurses Association Journal*. 13(1), 9-13.
- Elbert, S. P., Dijkstra, A., Oenema, A. (2016). A Mobile Phone App Intervention Targeting Fruit and Vegetable Consumption: The Efficacy of Textual and Auditory Tailored Health Information Tested in a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 18(6):e147
- Eller, N. H., Netterström, B., & Hansen, Å. M. (2006). Psychosocial factors at home and at work and levels of salivary cortisol. *Biological psychology*, 73(3), 280-287.
- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., & Hatton, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: A total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 77-93.
- Engel G. L., (1977), The need for a new medical model: A challenge to biomedicine, *Science*, 198, 129-136.
- Engel G. L., (1980), The clinical application of the biopsychosocial model, *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Engelhardt, H. T. (1986). *The foundations of bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Engelhardt, H. T., Wildes, K. W. (1995). Health and disease—philosophical perspectives. In: Reich WT. *Encyclopedia of bioethics*. New York: MacMillan: 1103.

- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle: Selected papers*. Psychological issues.
- Eslea, M., Menesini, E., Morita, Y., O'Moore, M., Mora-Merchán, J. A., Pereira, B., & Smith, P. K. (2004). Friendship and loneliness among bullies and victims: Data from seven countries. *Aggressive behavior*, 30(1), 71-83.
- Esposito R. (1998), *Comunitas. Origine e destino della comunità*, Einaudi, Torino.
- Esposito, R. (2002), *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Einaudi, Torino.
- Eugene Broadhead, W., & Kaplan, B. H. (1991). Social support and the cancer patient. Implications for future research and clinical care. *Cancer*, 67(S3), 794-799.
- European Commission. Medical Devices: Guidance document-Borderline products, drug-delivery products and medical devices incorporating, ad an integral part, an ancillary medicinal substance or an ancillary human blood derivative. MEDDEV 2.1/3 rev3 - 12.2009. Disponibile all'indirizzo: ec.europa.eu/health/medical-devices/files/meddev/2_1_3_rev_3-12_2009_en.pdf.
- Evans, A. S. (1967). Clinical syndromes in adults caused by respiratory infection. *Medical Clinics of North America*, 51:803-15.
- Evans, R. I. (1988). Health promotion—science or ideology? *Health Psychology*, 7: 203-219.
- Evans, S., Fear, T., Means, R., Valletly, S. (2007). Supporting independence for people with dementia in extra care housing. *Dementia*, 6(144).
- Eysenbach, G. (2014). mHealth and Mobile Medical Apps: a Framework to assess risk and promote safer use, “*Journal of Medical Internet Research*”, Sep, 16 (9), e210.
- Eysenck H.J., Eysenck M.W. (1985), *Personality and individual differences*, Plenum Press.
- Eysenbach, G. (2001) “What is e-health?” [editorial], *Journal of Medical Internet Research* 3(2): p. e20 <URL:<http://jmir.org/2001/2/e20/>>
- Faden R.R. (1987), *Health psychology in public health*, in G. Stone, S.M. Weiss, J.D. Matarazzo, N.E. Millere, J. Rofin, C.D. Blear, M.J. Follick, J.E. Singer (eds.), *Health psychology, a discipline and a profession*, The University of Chicago Press, Chicago: 175-188
- Farmer, A. J., Gibson, O. J., Dudley, C., Bryden, K., Hayton, P. M., Tarassenko, L., et al. (2005). A randomized controlled trial of the effect of real-time telemedicine support on glycemic control in young adults with type 1 diabetes (ISRCTN 46889446). *Diabetes Care* 2005 Nov;28(11):2697-2702
- Farr R., Moscovici S. (eds.) (1984), *Social representations*, Cambridge University Press, Cambridge; trad. it. *Rappresentazioni sociali*, il Mulino, Bologna, 1989.
- Farrington, D. P. (1993). Understanding and preventing bullying. *Crime and justice*, 17, 381-458.
- Faucounau, V., Riguét, M., Orvoen, G., Lacombe, A., Rialle, V., Extra, J., et al. (2009). Electronic tracking system and wandering in Alzheimer's disease: a case study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*;52(7–8):579–87.
- Fawzy, F. I., & Fawzy, N. W. (1998). Psychosocial treatment of cancer: an update. *Current Opinion in Psychiatry*, 11(6), 601-605.
- Fazio, R. H. (1986). How do attitudes guide behavior. *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*, Guilford, New York
- Feldman, S., & Zaller, J. (1992). The political culture of ambivalence: Ideological responses to the welfare state. *American Journal of Political Science*, 268-307.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. J. (1993) . Quality of life of hemodialysis patients. *American Nephrology Nurses Association Journal*, 20(5), 575-581.
- Ferrans, C. E., Powers, M. J., & Kasch, C. R. (1987) . Satisfaction with health care of hemodialysis patients. *Research in Nursing & Health*, 10 (6), 367-374.
- Ferrari, S., & Rivoltella, P. C. (2010). A scuola con i media digitali. Problemi, didattiche, strumenti. *Vita e Pensiero*.
- Fiedler D.O. (1982). Managing medication and compliance: physician-pharmacist-patient interaction, *Journal of the American Geriatrics Society*, 30, S1 13-S1 17.
- Fiedler, D. O. (1982). Managing medication and compliance: physician-pharmacist-patient interaction, *Journal Of The American Geriatrics Society*, 30, S1 13-S1 17.
- Fila, S. A., Smith, C. (2006). Applying the Theory of Planned Behavior to healthy eating behaviors in urban Native American youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 3:11
- Fincham, J. E., & Wertheimer, A. I. (1985). Using the health belief model to predict initial drug therapy defaulting. *Social Science & Medicine*, 20: 101-105.
- Finkler K. (2004), “Biomedicine globalized and localized: western medical practices in an outpatient clinic of a mexican hospital”, *Social Science, Medicine*, 59: 2037-2051.
- Fiore, M., Jaen, C.R., Baker, T.B., et al., (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update. In: Fiore, M.C. (Ed.), *Clinical Practice Guideline*. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Rockville, MD.
- Fioroni, G. (2007). *Indicazioni per il curricolo per la scuola dell'infanzia e per il primo ciclo d'istruzione*. Roma, Italy: MIUR.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1977). *Belief, attitude, intention, and behavior*: Addison-Wesley, Reading
- Flick, U. (2004). Qualitative Research as Social Transformation. In M. Murray (ed.) (2004), *Critical Health Psychology* (pp. 137-154), New York: Palgrave MacMillan.
- Flick, U. (2004). Triangulation in qualitative research. *A companion to qualitative research*, 178-183.
- Fogarty, Jeanne S. Reactance theory and patient noncompliance. *Social Science & Medicine*, 1997, 45.8: 1277-1288.

- Foley, K. L., Farmer, D. F., Petronis, V. M., Smith, R. G., McGraw, S., Smith, K., ... & Avis, N. (2006). A qualitative exploration of the cancer experience among long-term survivors: comparisons by cancer type, ethnicity, gender, and age. *Psycho-Oncology*, 15(3), 248-258.
- Follick M.J., Abrams D.B., Pinto R.P., Fowler J.L. (1987), "Behavioral medicine in industry: primary prevention of cardiovascular disease", in G. Stone, S.M. Weiss, J.D. Matarazzo, N.E. Millere, J.Rodin, C.D. Belar, M.J. Follick, J.E. Singer (eds.), *Health psychology, a discipline and a profession*, The University of Chicago Press, Chicago: 137-150.
- Ford D.H., Lerner R.M. (1994) *Developmental system theory*, Sage, London; trad. it. *Teoria dei sistemi evolutivi*, Raffaello Cortina, Milano, 1995
- Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France, Paris; trad. it. *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino.
- Foucault, M. (1975). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1976). *Sorvegliare e Punire: nascita delle prigioni*. Einaudi: Torino.
- Foucault, M. (1978). *Storia della sessualità. Vol. 1 La volontà di sapere*, Feltrinelli Editore, Milano.
- Foucault, M. (1984). *Storia della sessualità: La cura di sé*, trad. Laura Guarino, Feltrinelli, Milano 1985.
- Foucault, M. (1988). "*Technologies of the Self*.", edited by Luther H. Martin, Huck Gutman and Patrick H. Hutton, pp. 16-49. Univ. of Massachusetts Press.
- Franzosi, R. 2004 *From Words to Numbers: Narrative, Data and Social Science*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Prince, R. H., Verrier, P., Garber, R. A., Juneau, M., ... & Bourassa, M. G. (1997). Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *The Lancet*, 350(9076), 473-479.
- Frederico, C. J., Tiago, O. Fernando, B. (2012). "Digital Divide across the European Union." *Information & Management*, 49(6): 278-291.
- Freeling P. (1983), *Workbook for trainees in general practice*, Wright, Bristol.
- Freund, P. (2004). "Civilised Bodies Redux: Seams in the Cyborg." *Social Theory & Health* 2 (3): 273-289.
- Friedman H.S., Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. Knopf, New York.
- Friedman, M., Thoresen, C. E., Gill, J. J., Ulmer, D., Powell, L. H., Price, V. A., ... & Bourg, E. (1986). Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: summary results of the recurrent coronary prevention project. *American heart journal*, 112(4), 653-665.
- Friedman, V. J., Rothman, J., & Withers, B. (2006). The power of why: Engaging the goal paradox in program evaluation. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 201-218.
- Fuhrer, M. J. (1994). Conference report: an agenda for medical rehabilitation outcomes research. *Journal of allied health*, 24(1), 79-87.
- Fullan, M. (1996). Professional Culture and Educational Change. *School Psychology Review*, 25(4), 496-500.
- Funnell, M. M. (2010). Standards of care for diabetes: what's new? *Nursing*, Oct;40(10):54-56.
- Furniss, F., Ward, A., Lancioni, G., Rocha, N., Cunha, B., Seedhouse, P., Morato, P., & Waddell, N. (1999). A palmtop-based job aid for workers with severe intellectual disabilities. *Technology and Disability*, 10, 53-67.
- Gadamer H.R. (1993), "Positioning in scientific discourse", in R. Harré (ed.), *Reason and rhetoric: anglo-ukrainian studies in the rationality of scientific discourse*, The Edwin Mellen Press, Lewiston
- Gadamer, H. G. (1993). *Über die verborgenheit der gesundheit*. Surkamp Verlag, Frankfurt am Main. Trad. it. *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina editore, Milano, 1994.
- Gadler, E., Grassi, A., & Riva, G. (2009). A rehabilitation protocol for empowering spatial orientation in MCI: A pilot study. *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine*, 7, 234-236.
- Ganser, A. L., Raymond, S. A., Pearson, J. D. (2010). Data quality and power in clinical trials: a comparison of ePRO and paper in a randomized trial. In: Byrom B, Tiplady B, editors. *ePRO: electronic solutions for patient-reported data*. Surrey: Gower, pp. 49-78.
- Garfinkel H. (1967), *Studies in ethnomethodology*, Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Gergen K.J. (1985), "The social constructionist movement in psychology", *American Psychologist*, 40: 266-275.
- Gherardi, S., & Strati, A (1994) *I processi cognitivi dell'agire organizzativo: strumenti di analisi*.
- Gherardi, S., Strati, A. (a cura di) (2004). *La telemedicina. Fra tecnologia e organizzazione*, Carocci, Roma.
- Gibbs, R.W. Jr. 2006 *Embodiment and Cognitive Science*. New York, Cambridge UP.
- Gibson D. (2004), "The gaps in the gaze in South African hospitals", *Social Science, Medicine*, 59: 2013-2024.
- Giere, R 1988 *Explaining Science: A Cognitive Approach*, Chicago, University of Chicago Press.
- Giere, R., Moffat, B. 2003 *Where the Cognitive and the Social Merge*, in *Social Studies of Science*, 33/2, pp. 1-10.
- Giffin, N. J., Ruggiero, L., Lipton, R. B. et al (2003). Premonitory symptoms in migraine: An electronic diary study. *Neurology* 60(6):935-940
- Given, B. A., Given, C. W., & Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*, 51(4), 213-231.
- Goffman E. (1961), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.

- Goldman-Mellor, S. J., Saxton, K. B., & Catalano, R. C. (2010). Economic contraction and mental health: A review of the evidence, 1990-2009. *International Journal of Mental Health*, 39(2), 6-31.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., ... & Speca, M. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345(24), 1719-1726.
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of psychosomatic research*, 69(5), 511-520.
- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Burell, G., Cifkova, R., ... & HerrmannLingen, C. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European heart journal*, 28(19), 2375-2414.
- Grael, J., Spellerberg, A. (2008). Attitudes and Requirements of Elderly People Towards Assisted Living Solutions. In M. Muhlhauser (Ed.), *Constructing Ambient Intelligence*. Darmstadt, Germany: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Vol. 11, pp. 197-206.
- Gray, R., Wykes, T., Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. Jun;9(3):277-84.
- Green L.W., Kreuter M.W. (1999), *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*, Mayfield, Mountain View, 3rd ed.
- Green, A. (1990). Education and state formation. In *Education and State Formation* (pp. 76-110). Palgrave Macmillan UK.
- Greenwood, M. C., Hakim, A. J., Carson, E., Doyle, D. V. (2006). Touch-screen computer systems in the rheumatology clinic offer a reliable and userfriendly means of collecting quality-of-life and outcome data from patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 45(1):66-71
- Gregory, Way, C. Y., Hutchinson, T. A., Barrett, B. J., Parfrey, P. S. (1998). Patients' perceptions of their experiences with end-stage renal disease (esrd) and hemodialysis treatment, *Qual Health Res*. 1998 Nov;8(6):764-83.
- Grunberg, N. E. (1991). Cigarette smoking at work: data, issues, and models. *Health at Work*, 75.
- Guba E.G., Lincoln Y.S. (1994), "Competing paradigms in qualitative research", in N.K.
- Guerra G. (1992), *Psicosociologia dell'ospedale*, Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Guerra G. (1998), "Strategie di intervento psicologico nelle strutture sanitarie", *Psicologia della salute*, 1: 35-48.
- Guerra G. (2002), "Strategie di intervento psicologico nelle strutture sanitarie", in P. Braibanti (a cura di), *Pensare la salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Guerra, G. (2006). *Contesti di vita e salute*.A. Mauri, C. Tinti (a cura di). *Psicologia della salute*, 16-27.
- Gurklis, J. A & Menke , E. M. (1995). Chronic hemodialysis patients' perceptions of stress , coping , and social support. *American Nephrology Nurses Association Journal* . 22(4), 381-388.
- Habermas, J. (1983). *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1983, trad. It *Etica del discorso*, Laterza, Roma-Bari 1985.
- Hack, T. F., Degner, L. F., Watson, P., & Sinha, L. (2006). Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(1), 9-19.
- Hadders, H. (2009). Enacting death in the intensive care unit: Medical technology and the multiple ontologies of death. *Health* 13(6): 571-587.
- Haffey, F., Brady, R. R., Maxwell, S. (2013). A comparison of the reliability of smartphone apps for opioid conversion, "Drug Saf", Feb, 36 (2), 111-117;
- Haggerty, K., Ericson, R. (2000). "The Surveillant Assemblage." *British Journal of Sociology* 51 (4): 605-622.
- Halkowski,T & Teas, G. V. 2013 *Conversation analysis and ethnomethodology: the centrality of interaction*, in *Salute e Società*. DOI: 10.3280/SES2013-001016EN
- Haraway, D. (1988). A manifesto for cyborgs: Science, technology and socialist feminism in the 1980s. In: E. Weed (ed.) *Coming to Terms: Feminism, Theory and Practice*. New York: Routledge, pp. 173-204.
- Harding, V. R., de C Williams, A. C., Richardson, P. H., Nicholas, M. K., Jackson, J. L., Richardson, I. H., & Pither, C. E. (1994). The development of a battery of measures for assessing physical functioning of chronic pain patients. *Pain*, 58(3), 367-375.
- Harrè, R., Moghaddam, F. (2003). *The self and others: positioning individuals and groups in personal, political and cultural context*, Praeger, Westport.
- Harrison, B D W (1998) *Psychosocial aspects of asthma in adults Thorax*, 53(6), 519-525.
- Harrison, J., Maguire, P., Ibbotson, T., MacLeod, R., & Hopwood, P. (1994). Concerns, confiding and psychiatric disorder in newly diagnosed cancer patients: a descriptive study. *Psycho-Oncology*, 3(3), 173-179.
- Harrison, S. (1998). "The Politics Of Evidence-Based Medicine in the United Kingdom", in *Policy & Politics*, Vol. 26, n. 1, pp. 15-31.
- Hawthorn, D. (2000). Possible implications of aging for interface designers. *Interacting with Computers*, 12(5), 507-528.
- Head, K. J., Noar, S. M., Iannarino, N. T., Harrington, N. G. (2013). Efficacy of text messagingbased interventions for health promotion: A meta-analysis, *Social Science & Medicine*, 97, 41, e48.
- Heath, C., Hindmarsh, J. (2000). "Configuring Objects in Action: From Mutual Space to Media Space", in *Mind, Culture and Activity*, Vol. 7(1/2), pp. 81-104.
- Hebden, L., Cook, A., van der Ploeg, H. P., Allman-Farinelli, M. (2012). Development of smartphone applications for nutrition and physical activity behavior change. *JMIR Res Protoc*;1(2):e9

- Hebden, L., Cook, A., van der Ploeg, H. P., King, L., Bauman, A., Allman-Farinelli, M. (2014). A mobile health intervention for weight management among young adults: a pilot randomised controlled trial. *J Hum Nutr Diet*, Aug;27(4):322-332.
- Heller K., Price R.H., Reinharz S., Riger S., Wandersman A. (1984), *Psychology and community change*, The Dorsey Press, Homewood
- Helman C.G. (2000), *Culture, health and illness*, Butterworth/Heinemann, Oxford.
- Hemsley, B., Sigafos, J., Balandin, S., Forbes, R., Taylor, C., Green, V. A., & Parmenter, T. (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of Advanced Nursing*, 35 , 827–835.
- Herzlich C. (1969), *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris.
- Herzlich C. (1991), "Médecine moderne et quête del sens: la maladie signifiant sociale", in M. Augé, C. Herzlich (sous la dir. de), *Le sens du mal*, Editions des Archives Contemporaines, Paris.
- Hickey, M. (1990). What are the needs of families of critically ill patients? A review of the literature since 1976. *Heart & lung: the journal of critical care*, 19(4), 401-415.
- Hilfiker, H. K., & Hilfiker, A. L. (1985). U.S. Patent No. 4,505,621. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Hindmarsh, J., & Heath, C (2000) Embodied reference: A study of deixis in workplace interaction *Journal of Pragmatics*, 32(12), 1855-1878.
- Hirschauer, S. 1991, *The Manufacture of Bodies in Surgery*, in *Social Studies of Science*, 21, p. 279-319.
- Hofmann, B. (2001). The technological invention of disease, *J Med Ethics: Medical Humanities* 2001;27:10–19
- Holburn, S., Nguyen, D., & Vietze, P. M. (2004). Computer-assisted learning for adults with profound multiple disabilities. *Behavioral Interventions*, 19 , 25–37.
- Holden, G., Meenaghan, T., Anastas, J., & Metrey, G. (2002). Outcomes of social work education: The case for social work self-efficacy. *Journal of Social Work Education*, 38(1), 115-133.
- Hollan, J., Hutchins, E. & Kirsh, D. 2000 *Distributed Cognitions: Toward a New Foundation for Human-Computer Interaction Research*, in *ACM Transactions On Computer-Human Interaction*, 7, 2 : 174- 196.
- Holland, P. R. (1995). *The quantum theory of motion: an account of the de Broglie-Bohm causal interpretation of quantum mechanics*. Cambridge university press.
- Holt, J. P., Rhode, E. A., Peoples, S. A., & Kines, H. (1962). Left ventricular function in mammals of greatly different size. *Circulation research*, 10(5), 798-806.
- Holtkamp, K. (1972). *Kritische psychologie, vorbereitende arbeite*, Fisher, Frankfurte am Main, Trad. It. *Psicologia Critica*, Mazzotta, Milano, 1974.
- Homans, H., & Aggleton, P. (1988). Health education, HIV infection and AIDS, in P. Aggleton, H. Homans (eds.), *Social Aspects of AIDS*, Flamer Press, London: 154
- Hoothay, F., DeStefano, A. E., Leary, E. M., Foley-Hartel, T. C. (1990). Life satisfaction and coping of diabetic hemodialysis patients. *American Nephrology Nurses Association Journal*, 17(5), 361364 .
- Hutchins, E. (1990). Technology in action. In: Galegher J, Kraut RE, Egido C, editors. *Intellectual team work. Social and technological foundations of co-operative work*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher; p. 22—51.
- Hutchins, E. 1995, *Cognition in the Wild*, Cambridge, MIT Press. 2006, *Imagining the Cognitive Life of Things*, McDonald Institute, Cambridge University.
- Illich, I. (1973). *La convivialità*, Mondadori, Milano.
- Illich, I. (1974). *Medical nemesis*; trad. It *Nemesi medica*, Mondadori, Milano
- Inhorn M.C. (2004), "Privacy, privatization, and the politics of patronage: ethnographic challenges to penetrating the secret world of Middle Eastern, hospital-based in vitro fertilization", *Social Science, Medicine*, 59: 2095-2108.
- Institute of Medicine, (2001). *Health and Behavior*. National Academies Press, p. 377.
- Israel, G., & Millán Gasca, A. (1995). *Il mondo come gioco matematico*. John von Neumann, scienziato del Novecento. La Nuova Italia.
- Izzo, G., & Tarantini, A. (2012). *Piano Scuola Digitale e l'Azione Lim. Mondo Digitale*.
- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health.
- Jing, J., Grant, E. S., Vernon M. S. O., Shu C. L. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1) 269–286.
- Jodelet D. (a cura di) (1989), *Les représentations sociales*, Press Universitaires de France, Paris; trad. it. *Le rappresentazioni sociali*, Liguori, Napoli, 1992.
- Joe, J., Demiris, G. (2013). Older adults and mobile phones for health: A review, *Journal of Biomedical Informatics*, 46, 947–954.
- Joffe, E., & Rikhye, C. H. (1991). Orientation and mobility for students with severe visual and multiple impairments: A new perspective. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 85 , 211–216.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1998), *Introduzione ai principi del miglioramento della qualità*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Jonassen, D. H., Tessmer, M., & Hannum, W. H. (1999). *Handbook of task analysis* (pp.124). New York: Praeger.
- Jonathan, W., Kanter, A. J. Puspitasari, M. M. Santos, G. A. Nagy (2012). Behavioural activation: history, evidence and promise, *The British Journal of Psychiatry May*, 200 (5) 361-363.
- Jones A.P., James L.R. (1974), "Organizational climate. A review of theory and research", *Psychological Bulletin*, 81 (12): 1096-1112.
- Jose N, Langel K. (2010). ePRO vs. paper. *Applied Clinical Trials*.

- Jospe, M. R., Fairbairn, K. A., Green, P., Perry, T. L. (2015). Diet app use by sports dietitians: A survey in five countries. *JMIR Mhealth Uhealth*, Jan;3(1):e7
- Juengst, E. T. (1993). Patterns of reasoning in medical genetics. Dordrecht: Kluwer, 143.
- Jung, F. T., & Greengard, H. (1933). Response of the isolated gall bladder to cholecystokinin. *American Journal of Physiology--Legacy Content*, 103(2), 275-278.
- Jutel, A. (2013). When pigs could ply: Influenza and the elusive nature of diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine* 56(4): 513–529.
- Kahneman, D. (1999). Objective happiness. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, 3, 25.
- Kamm, M., Burger, R., Rimensberger, P., Knoblauch, A., & Hammer, J. (2001). Survey of children supported by long-term mechanical ventilation in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 131, 261-266.
- Kannisto, K. A., Koivunen, M. H., Välimäki, M. A. (2014). Use of mobile phone text message reminders in health care services: a narrative literature review. *J Med Internet Res*, 16:e222.
- Kaplan R.M. (1990), "Behavior as a central outcome in health care", *American Psychologist*, 45: 1211-1220.
- Kaplan, G. A., Pamuk, E. R., Lynch, J. W., Cohen, R. D., & Balfour, J. L. (1996). Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *Bmj*, 312: 999-1003.
- Karvonen, M., Test, D. W., Wood, W. M., Browder, D., & Algozzine, B. (2004). Putting selfdetermination into practice. *Exceptional Children*, 71 , 23–41.
- Katz, J. E., Rice, R. E., Aspden, P. (2001). The Internet, 1995-2000. *American Behavioral Scientist*, 45(3): 405-419.
- Kazdin, A. E. (2001). *Behavior modification in applied settings* (6th ed.). New York: Wadsworth.
- Kelly G.A. (1955), *The psychology of personal construct*, Norton, New York; trad. it. *Psicologia dei costrutti personali*, Raffaello Cortina, Milano, 2004.
- Kennedy, P., & Llewelyn, S. (Eds.). (2006). *The essentials of clinical health psychology*. John Wiley & Sons.
- Kincheloe J.L., McLaren P.L. (1994), "Re-thinking critical theory and qualitative research", in N.K. Denzin, K. Norman, S.L. Yvonna (eds.), *Handbook of qualitative research*, Sage, London: 138157.
- King, A. C., Hekler, E. B., Grieco, L. A., Winter, S. J., Sheats, J. L., Buman, M. P., et al. (2013). Harnessing different motivational frames via mobile phones to promote daily physical activity and reduce sedentary behavior in aging adults. *PLoS One*;8(4):e62613.
- Kirsh, D. & Maglio, P. (1992). Perceptive Actions in Tetris in R. Simmons (chair) Proceedings of the AAI Spring Symposium on Control of selective perception. Stanford University. March 1992.
- Kirsh, D. 1995, *The Intelligent Use of Space*, in *Artificial Intelligence*, 73, pp. 31-68.
- Kirsh, D., Maglio, P. 1994, *On Distinguishing Epistemic From Pragmatic Action*, in *Cognitive Science*, 18, pp. 513-549.
- Kirwan, M., Duncan, M. J., Vandelanotte, C., Mummery, W. K. (2012). Using smartphone technology to monitor physical activity in the 10,000 Steps program: a matched case-control trial. *J Med Internet Res*;14(2):e55.
- Kitwood, T. (1990). *The Dialectics of Dementia: With Particular Reference to Alzheimer's Disease*, Ageing and Society, Volume 10, Issue 02, June, pp 177-196.
- Kleinman A. (1988), *The illness narrative. Suffering, healing, the human condition*, Basic Books, New York.
- Knight, E. (2012). Leveraging the Power of Social Media to Engage Patients and Achieve Treatment Outcomes. *Crit Rev Phys*, vol. 24, p. 169-177.
- Knight, E., Stuckey, M. I., Prapavessis, H., Petrella, R. (2015). Public Health Guidelines for Physical Activity: Is There an App for That? A review of Android and Apple App Stores. *JMIR MHealth and UHealth*, 3, 2 e45.
- Knight, E., Werstine, R. J., Rasmussen-Pennington, D. M., Fitzsimmons, D., Petrella, R. (2015). Physical therapy 2.0: leveraging social Media to Engage Patients in Rehabilitation and Health Promotion, Volume 95 Number 3 Physical Therapy
- Knorr-Cetina, K. 1999, *Epistemic Cultures*. Cambridge, Harvard University Press. 2010, *The Epistemics of Information: A Logic of Knowledge Consumption*, in *Journal of Consumer Culture*. 10(2):1-31.
- Knowles, J. H. (1977). The responsibility of the individual. In J.H. Knowles (ed.), *Doing helter and feeling worse: health in the Unitrd Slates*, Norton, New York.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1.
- Konrad, M., Fowler, C. H., Walker, A. R., Test, D. W., & Wood, W. M. (2007). Effects of selfdetermination interventions on the academic skills of students with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 30 , 89–113.
- Kotani, K., Morii, M., Asai, Y., Sakane, N. (2005). Application of mobile-phone cameras to home health care and welfare in the elderly: experience in a rural practice. *Aust J Rural Health*;13(3):193–4.
- Kouris, I., Mougiakakou, S., Scarnato, L., Iliopoulou, D., Diem, P., Vazeou, A., et al. (2010). Mobile phone technologies and advanced data analysis towards the enhancement of diabetes selfmanagement. *Int J Electron Healthc*, 5(4):386-402.
- Koys D.J., Decotiis T.A. (1991), "Misura induttive del clima psicologico", *Human Relation*, 44 (3): 265-285.
- Kranz, M., Holleis, P., & Schmidt, (2010). A. Embedded interaction: Interacting with the internet of things. *Internet Computing*, IEEE, 14(2), 46-53.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., Scherlis, W. (1998). Internet Paradox: A Social Technology That Reduces Social Involvement and Psychological Well-Being? *American Psychological Association*, 53(9): 1017- 1031.

- Krebs, P., Prochaska, J. O., Rossi, J. S. (2010). A meta-analysis of computer-tailored interventions for health behavior change, *Preventive Medicine* 51 (2010) 214–221
- Kreuter, M.W., Skinner, C.S., (2000). Tailoring: what's in a name? *Health Educ. Res.* 15, 1–4.
- Kruglanski, A. W., Thompson, E. P. (2009). Persuasion by single route: a view from the unimodel. *Psychol inq*, Nov 19; 10(2):83-109.
- Krumholz, H. M., Butler, J., Miller, J., Vaccarino, V., Williams, C. S., de Leon, C. F. M., ... & Berkman, L. F. (1998). Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation*, 97(10), 958-964.
- Kutner, N. (1987). Social worlds and identity in end-stage renal disease. In P. Conrad and J. Roth (Eds.), *The Experience and Management of Chronic Illness. Research in the Sociology of Health Care* Vol 6 (pp.33-71). Greenwich, CT: JAI Press.
- Labov, W., Waletzky, J. 1973, *Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience in Essays on the Verbal and the Visual Arts*, in *Proceedings of the 1966 Annual Meeting of the American Ethnological Society (AES)*. Seattle, University of Washington Press.
- Lachapelle, Y., Wehmeyer, M. L., Haelewyck, M. C., Courbois, Y., Keith, K. D., Schalock, R., Verdugo, M. A., & Walsh, P. N. (2005). The relationship between quality of life and self-determination: An international study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 740–744.
- Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 74(3), 763.
- Lamiell J.T. (1995), "Rethinking the role of quantitative methods in psychology", in J.A Smith., R. Harré, L. van Langenhove (eds.), *Rethinking methods in psychology*, Sage, London.
- Lancioni, G. E., Bellini, D., & Oliva, D. (1993a). A robot to provide multihandicapped blind persons with physical guidance and activity choices. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 5, 337–348.
- Lancioni, G. E., Bellini, D., & Oliva, D. (1993b). Building choice opportunities within a robot-assisted occupational program: A case study. *Behavioral Residential Treatment*, 8, 219–226.
- Lancioni, G. E., Gigante, A., O'Reilly, M. F., & Oliva, D. (2000a). Evaluating mild physical exercise with two persons with profound multiple disabilities. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 94, 461–465.
- Lancioni, G. E., Gigante, A., O'Reilly, M. F., Oliva, D., & Montironi, L. (2000b). Indoor travel and simple tasks as physical exercise for people with profound multiple disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 211–216.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., & Basili, G. (2001a). An overview of technological resources used in rehabilitation research with people with severe/profound and multiple disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 23, 501–508.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., & Basili, G. (2001b). Use of microswitches and speech output systems with people with severe/profound intellectual or multiple disabilities: A literature review. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 21–40.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Singh, N. N., Oliva, D., & Basili, G. (2004a). Enabling a person with multiple disabilities and minimal motor behaviour to control environmental stimulation with chin movements. *Disability and Rehabilitation*, 26, 1291–1294.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Singh, N. N., Campodonico, F., Marziani, M., & Oliva, D. (2004b). A microswitch program to foster simple foot and leg movements in adult wheelchair users with multiple disabilities. *Cognitive Behavior Therapy*, 33, 137–142.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Singh, N. N., Oliva, D., Piazzolla, G., Pirani, P., & Groeneweg, J. (2002b). Evaluating the use of multiple microswitches and responses for children with multiple disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 346–351.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Singh, N. N., Sigafoos, J., & Oliva, D. (2009b). Orientation technology for indoor travel by persons with multiple disabilities. *Cognitive Processing*, 10 (Suppl. 2), S244–S246.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Singh, N. N., Sigafoos, J., Didden, R., Oliva, D., Campodonico, F., de Pace, C., Chiapparino, C., & Groeneweg, J. (2009a). Persons with multiple disabilities accessing stimulation and requesting social contact via microswitch and VOCA devices: New research evaluation and social validation. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1084–1094.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Singh, N. N., Sigafoos, J., Oliva, D., Bracalente, S., & Montironi, G. (2007). Orientation systems to support indoor travel by persons with multiple disabilities: Technical aspects and application issues. *Technology and Disability*, 19, 1–6.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Singh, N. N., Sigafoos, J., Oliva, D., Antonucci, M., Tota, A., & Basili, G. (2008). Microswitch-based programs for persons with multiple disabilities: An overview of some recent developments. *Perceptual and Motor Skills*, 106, 355–370.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Singh, N. N., Sigafoos, J., Oliva, D., Baccani, S., Bosco, A., & Stasolla, F. (2004c). Technological aids to promote basic developmental achievements by children with multiple disabilities: Evaluation of two cases. *Cognitive Processing*, 5, 232–238.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Singh, N. N., Sigafoos, J., Oliva, D., Antonucci, M., Tota, A., & Basili, G. (2008b). Microswitch-based programs for persons with multiple disabilities: An overview of some recent developments. *Perceptual and Motor Skills*, 106, 355–370.

- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Singh, N. N., Sigafoos, J., Oliva, D., Smaldone, A., La Martire, M. L., Antonucci, M., De Pace, C., & Chiapparino, C. (2009b). Persons with multiple disabilities access stimulation and contact the caregiver via microswitch and VOCA technology. *Life Span and Disability*, XII , 119–128.
- Lancioni, G. E., Oliva, D., & Bracalente, S. (1995a). An acoustic orientation system to promote independent indoor travel in blind persons with severe mental retardation. *Perceptual and Motor Skills*, 80 , 747–754.
- Lancioni, G. E., Oliva, D., & Bracalente, S. (1995b). Comparison of two orientation systems for indoor travel of blind persons with mental retardation. *Perceptual and Motor Skills*, 81 , 643–650.
- Lancioni, G. E., Oliva, D., & Gnocchini, F. (1996c). A visual orientation system for promoting indoor travel in persons with profound developmental disabilities and visual impairment. *Perceptual and Motor Skills*, 83 , 619–626.
- Lancioni, G. E., Oliva, D., & O'Reilly, M. F. (1997). Ambulation, object manipulation, and multiple disabilities: Extending the applicability of a robot. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 91 , 53–60.
- Lancioni, G. E., Oliva, D., & Signorino, M. (1994b). Promoting ambulation and object manipulation in persons with multiple handicaps through the use of a robot. *Perceptual and Motor Skills*, 79 , 843–848.
- Lancioni, G. E., Oliva, D., & Ten Hoopen, G. (1997b). Spoken messages as auditory cues for orientation in promoting indoor travel and activity by persons with multiple disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 85 , 403–410.
- Lancioni, G. E., Oliva, D., Bracalente, S., & ten Hoopen, G. (1996b). Use of an acoustic orientation system for indoor travel with a spatially disabled blind man. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 90 , 36–42.
- Lancioni, G. E., Perilli, V., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Bosco, A., De Caro, M. F., Cassano, G., Pinto, K., & Minervini, M. (2011). Persons with mild or moderate Alzheimer's disease use a basic orientation technology to travel to different rooms within a day center. *Research in Developmental Disabilities*, 32 , 1985–1991.
- Lancioni, G. E., Sigafoos, J., O'Reilly, M. F., Singh, N. N. (2013). *Assistive Technology Interventions for Individuals with Severe/ Profound and Multiple Disabilities*, Springer Science+Business Media New York 2013
- Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., & Oliva, D. (2005b). Using a hand-tap response with a vibration microswitch with students with multiple disabilities. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 237–241.
- Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Campodonico, F., Oliva, D., & Vigo, C. M. (2005a). Promoting walker-assisted step responses by an adolescent with multiple disabilities through automatically delivered stimulation. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 99 , 109–113.
- Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Alberti, G., Scigliuzzo, F., Signorino, M., Oliva, D., Smaldone, A., & La Martire, M. L. (2010a). Persons with multiple disabilities use orientation technology to find room entrances during indoor traveling. *Research in Developmental Disabilities*, 31 , 1577–1584.
- Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Campodonico, F., & Oliva, D. (2010b). Two persons with multiple disabilities use orientation technology with auditory cues to manage simple indoor traveling. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 397–402.
- Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Oliva, D., Piazzolla, G., Pidala, S., Smaldone, A., & Manfredi, F. (2007a). Automatically delivered stimulation for walker-assisted step responses: Measuring its effects in persons with multiple disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19 , 1–13.
- Lansley, P.R. (2001). The promise and challenge of providing assistive technology to older people, *Age and Ageing*, 30(6), 439–440.
- Lasater, M. W., & Brady, M. P. (1995). Effects of video self-modeling and feedback on task fluency: A home-based intervention. *Education and Treatment of Children*, 18 , 389–408.
- Lave, J., Wenger, E. 1991, *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Lay, C. H. (1988). The relationship of procrastination and optimism to judgments of time to complete an essay and anticipation of setbacks. *Journal of Social Behavior and Personality*, 3(3), 201.
- Lazarus R.S. (1975), "A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback", *American Psychologist*, 30: 553-561.
- Lazarus R.S., Folkman, S. (1984). *Stress: appraisal and coping*. Springer Verlag, New York.
- Lazarus R.S., Launier R. (1978), "Stress-related transactions between person and environment", in L.A. Pervin, M. Lewis (eds.), *Perspectives in interactional psychology*, Plenum Press, New York.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44: 1-22.
- Lee, H. J., Lee, S. H., Ha, K., Jang, H. C., Chung, W. Y., Kim, J. Y., et al. (2009). Ubiquitous healthcare service using Zigbee and mobile phone for elderly patients. *Int J Med Informatics*;78(3):193–8.
- LeGrice, B., & Blampied, N. M. (1994). Training pupils with intellectual disabilities educational technology using video prompting. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 29 , 321–330.
- Lèvy, P. (1994). ed. it. 1996. *L'intelligenza collettiva. Per un'antropologia del cyberspazio*.
- Ley, P. (1979). Memory for medical information. *British Journal of Clinical Psychology*, 18: 245-255.
- Lim, S., Kang, S. M., Shin, H., Lee, H. J., Won Yoon, J., Yu, S. H., et al. (2011). Improved glycemic control without hypoglycemia in elderly diabetic patients using the ubiquitous healthcare service, a new medical information system. *Diabetes Care*;34(2):308–13.
- Lin, N., Ensel, W. M., Simeone, R. S., & Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 108-119.

- Linden, W., Stossel, C., & Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 156(7), 745-752.
- Lister, C., West, J. H., Cannon, B., Sax, T., Brodegard, D. (2014). Just a fad? Gamification in health and fitness apps. *JMIR Serious Games*;2(2):e9.
- Liuzzi M. (2010), *Psicologia di cure primarie. Concetti, metodi e ricerca clinica*, CIS, Milano.
- Locke, J. L. (1989). Babbling and early speech: continuity and individual differences. *First Language*, 9, 191-206
- Lok, P. (1996). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia . *Journal of Advanced Nursing*, 23(5), 873-881 .
- Lozares, C. (a cura di) 2007, *Interacción, redes sociales y ciencias cognitivas*, Granada, Comares.
- Luhmann N. (1996), *Die realität der massenmedien*, Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen; trad. it. *La realtà dei mass media*, FrancoAngeli, Milano, 2000
- Luhrmann, T. 2001, *Of Two Minds*, New York, Vintage Books.
- Lupton D. (1995), *The imperative of health. Public health and the regulated body*, Sage, London
- Lupton, D. (2012). 'Precious cargo': Foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22(3), 329–340.
- Lupton, D. (2012). "M-Health and Health Promotion: The Digital Cyborg and Surveillance Society." *Social Theory & Health* 10: 229–244.
- Lupton, D. (2014a). Critical perspectives on digital health technologies. *Sociology Compass*, 8(12), 1344–1359.
- Lupton, D. (2015b). Quantified sex: A critical analysis of sexual and reproductive self-tracking using apps. *Culture, Health & Sexuality*, 17(4), 440–453.
- Lupton, D., Jutel, A. (2015). 'It's like having a physician in your pocket!' A critical analysis of self-diagnosis smartphone apps. *Social Science & Medicine*, 133, 128–135.
- Lutes, K. D., Baggili, I. M. (2006). Diabetic e-management system (DEMS). In: *Proceedings. New York, NY: IEEE Computer Society, Apr 10 Presented at: Third International Conference on Information Technology: New Generations.*; 2006; Las Vegas, Nevada, USA.
- Lyles, C. R., Harris, L. T., Le, T., Flowers, J., Tufano, J., Britt, D., et al. (2011). Qualitative evaluation of a mobile phone and web-based collaborative care intervention for patients with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther*, May;13(5):563-569.
- Lyon, D. (2007). *Surveillance Studies: An Overview*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Lyon, D. (2010). Surveillance, power and everyday life. In: P. Kalantzis-Cope and K. GherabMartin (eds.) *Emerging Digital Spaces in Contemporary Society*. Houndsmills, UK: Palgrave Macmillan, pp. 107–120.
- Lyons A. (1999), "Shaping health psychology: qualitative research, evaluation and representation", in M. Murray, K. Chamberlain (eds.), *Qualitative health psychology*, Sage, London: 241-255.
- Maiani G. (1999), *Introduzione alla psicologia della salute*, Erickson, Trento
- Malmström, M., Sundquist, J., & Johansson, S. E. (1999). Neighborhood environment and self-reported health status: a multilevel analysis. *American Journal of Public Health*, 89: 1181-1186.
- Mameli, C. (2012). Interazioni discorsive tra insegnante e alunni. *Giornale di Psicologia dello sviluppo-Journal of Developmental Psychology* n. 101-febbraio 2012, 101, 1
- Mamone P. (1993), *Il neonato prematuro e le sue relazioni*, tesi di specializzazione, Università degli studi di Roma "La Sapienza".
- Mann, W. C., Ottenbacher, K. J., Fraas, L., Tomita, M., Granger, C. V. (1999). Effectiveness of Assistive Technology and Environmental Interventions in Maintaining Independence and Reducing Home Care Costs for the Frail Elderly: A Randomized Controlled Trial. *Arch Fam Med*, 8.
- Mansell, R. (2010). "Technology, Innovation, Power, and Social Consequence." In *Emerging Digital Spaces in Contemporary Society*, edited by P. Kalantzis-Cope and K. Gherab-Martin, 13–25. Houndsmills: Palgrave Macmillan.
- Maragliano, R. (2004). *Pedagogie dell'e-learning*. Laterza.
- Marhaba S. (1999), "Introduzione", in S. Marhaba (a cura di), *Salute, ben-essere e soggettività. Nuovi orizzonti di significato*, McGraw-Hill, Milano: 1-8.
- Mark, T. L., Fortner, B., Johnson, G. (2008). Evaluation of a tablet PC technology to screen and educate oncology patients. *Support Care Cancer*, Apr;16(4):371-378
- Marks, D. F. (2002), "Some observations on health and socio-economic status", in Marks, M. Murray, B. Evans, C. Willig (2002), *Health psychology. Theory, research and practice*, Sage, London: 153-154
- Marquardt, G., & Schmiege, P. (2009). Dementia-friendly architecture: Environments that facilitate way finding in nursing homes. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24 , 333–340.
- Martin R. (1987), *Langage et croyance. Les univers de croyance dans la théorie sémantique*, Mardraga, Bruxelles.
- Masek, B. J. (1982). Compliance and medicine. In *Behavioral Medicine* (pp. 527-545). Springer US.
- Maslach C. (1976), "Burned out", *Human Behavior*, 15: 16-22.
- Maslow, A. (1968). Some educational implications of the humanistic psychologies. *Harvard Educational Review*, 38(4), 685-696.

- Massaglia, P., & Bertolotti, M. (1998). *Psicologia e gestione del bambino portatore di tumore e della sua famiglia. Tutti bravi. Psicologia e clinica del bambino malato di tumore.* Milano: Raffaello Cortina.
- Masterman, M. (1976). La natura di un paradigma. *Critica e crescita della conoscenza*, Feltrinelli, Milano 119-163
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American psychologist*, 35: 807-817
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37: 1-14
- Mattila, E., Orsama, A. L., Ahtinen, A., Hopsu, L., Leino, T., Korhonen, I. (2013). Personal health technologies in employee health promotion: usage activity, usefulness, and health-related outcomes in a 1-year randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth*;1(2):e16
- Mayer M. (1994), *Examining myself: one woman's story of breast cancer treatment and recovery*, Faber and Faber, Winchester.
- McCall, K., Keen, J., Farrer, K., Maguire, R., McCann, L., Johnston, B., et al. (2008). Perceptions of the use of a remote monitoring system in patients receiving palliative care at home. *Int J Palliat Nurs*;14(9):426–31.
- McCortney, M. (2013). How do we know whether medical apps work?, “*BMJ*”, 346, pp. 181.
- McCormick, N. B., McCormick, J. W. (1992). Computer friends and foes: Content of undergraduates' electronic mail. *Computers in Human Behavior*, 8(4): 379-405.
- Mckee, K., Matlabi, H. Parker, S. G. (2012). Older People's Quality of Life and Role of Home-Based Technology, *Health Promotion Perspectives*, Vol. 2, No. 1, 2012; P: 01-08
- McKenna, F. P., & Sharma, D. (1995). Intrusive cognitions: An investigation of the emotional Stroop task. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 21(6), 1595.
- McKeown T. (1979), *The role of medicine*, Princeton University Press, Princeton.
- McLane C.G., Zyzanski S.J., Flocke S.A. (1995), “Factors associated with medication noncompliance in rural elderly hypertensive patients”, *Am. J. Hypertens.*, 8: 206-209.
- McWilliam, C., Diehl-Jones, W. L., Jutai, J., Tadrissi, S. (2000). Care delivery approaches and seniors' independence. *Canadian Journal on Aging*, 19(Suppl.1); 101-124.
- Mechling, L. C. (2006). Comparison of the effects of three approaches on the frequency of stimulus activation, via a single switch, by students with profound intellectual disabilities. *The Journal of Special Education*, 40 , 94–102.
- Medeghini, R. (2015). *Norma e normalità nei disabilities studies*, Edizioni Centro Studi Erikson.
- Meichenbaum D., Turk D.C. (1987), *Facilitating treatment adherence. A practitioner's guidebook*, Plenum Press, New York.
- Melzack R., Wall P.D. (1965), *The challenge of pain*, Basic Books, New York.
- Merton, R. K. (1971). La profezia che si autoavvera, in *Teoria e Struttura Sociale*, II, Bologna, Il Mulino.
- Merton, R. K. 1988, *The Matthew Effect II*, in *Isis*, 79, 4, pp. 606-623.
- Miglino, O., Di Ferdinando, A., Di Fuccio, R., Rega, A. Ricci, C. (2014). Bridging digital and physical educational games using rfid/nfc technologies, *Journal of e-Learning and Knowledge Society*, v.10, n.3, 89-106.
- Miglino, O., Di Fuccio, R., Barajas, M., Belafi, M., Ceccarani, P., Dimitrakopoulou, D., Ricci, C., Trifonova, A., Zoakou, A. (2013). Enhancing manipulative learning with smart object. *Learning Innovations and Quality: “The Future of Digital Resources”*, pp.112-119.
- Miglino, O., Ponticorvo, M., Rega, A., & Di Martino, B. (2009). Robotics Exhibits for Science Centres. Some Prototypes. In *Research and Education in Robotics— EUROBOT 2008* (pp. 145-155). Springer Berlin Heidelberg.
- Milward, J., Khadjesari, Z., Fincham-Campbell, S., Deluca, P., Watson, R., Drummond, C. (2016). User Preferences for Content, Features, and Style for an App to Reduce Harmful Drinking in Young Adults: Analysis of User Feedback in App Stores and Focus Group Interviews. *JMIR mHealth and uHealth*, 4(2):e47
- Minen, M. T., Torous, J., Raynowska, J., Piazza, A., Grudzen, C., Powers, S., Lipton, R., Sevick, M. A. (2016). Electronic behavioral interventions for headache: a systematic review, *The Journal of Headache and Pain*, 17:51
- Miranda, P. (2009). Promising interventions in AAC for individuals with autism spectrum disorders. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 18 , 112–113.
- Miskelly, F. (2005). Electronic tracking of patients with dementia and wandering using mobile phone technology. *Age Ageing*;34(5):497–9.
- Misra, S. T.L. Lewis, T.D. A. (2013). Medical application use and the need for further research and assessment in clinical practice: creation and integration of standards for best practice to alleviate poor application design, “*JAMA Dermatol.*”, Jun, 149 (6), pp. 661-662.
- Mitcham, C. (1995). Philosophy of technology. In: Reich WT, ed. *Encyclopedia of bioethics*. New York: MacMillan, 2477.
- MIUR (2011). *Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento*.
- MIUR, (2015) *LINEE DI ORIENTAMENTO per azioni di prevenzione e di contrasto al bullismo e al cyberbullismo*
- Moisey, S. D. (2007). The Inclusive Libraries Initiative: Enhancing the access of persons with developmental disabilities to information and communication technology. *Developmental Disabilities Bulletin*, 35 , 56–71.
- Moisey, S., & van de Keere, R. (2007). Inclusion and the Internet: Teaching adults with developmental disabilities to use information and communication technology. *Developmental Disabilities Bulletin*, 35 , 72–102.
- Mol, A (2002) *The body multiple: Ontology in medical practice* Duke University Press.

- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice, Techniques and Bodies*, Duke University Press, Durham (NC).
- Mol, A., and Ruud H.. (1995). De hele wereld e' e'n Hb? - Universaliteit, lokaliteit en bloedarmoede. *Krisis: tijdschrift voor filosofie* 58: 56–73.
- Mol, A., Berg, M. (1998). *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques and Bodies*, Duke University Press.
- Mol, A., Law, J. (2004). “Embodied Action, Enacted Bodies: the Example of Hypoglycaemia”, in *Body & Society*, Vol. 10, pp. 43-62.
- Molinari, L. (2010). Osservare la comunicazione insegnanti-alunni nella scuola elementare. *Il TEMA: I PROCESSI COMUNICATIVI*, 261.
- Mondada, L. 2005, *Chercheurs en interaction*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes. 2008, Using video for sequential and multimodal analysis of social interaction: videotaping institutional telephone calls, in *Forum of Qualitative Social Research Sozialforschung*, 9,3:39 September.
- Montessori, M. (1926). *Il Metodo della Pedagogia Scientifica applicato all'educazione infantile nelle Case dei Bambini*, III edizione ampliata, Roma: Maglione & Strini.
- Montessori, M. (1995). *The absorbent mind*. Holt Paperbacks
- Montessori, M., & Gutek, G. L. (2004), *The Montessori method: the origins of an educational innovation: including an abridged and annotated edition of Maria Montessori's The Montessori method*. Rowman & Littlefield.
- Montgomery, M. 2006, *How Doctors Think*, Oxford University Press.
- Moos R.H. (1979), “Social ecological perspectives on health”, in G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler (eds.), *Health psychology: a handbook*, Jossey-Bass, San Francisco: 523-547.
- Moran T.E., Volkwien F.J. (1992), “The cultural approach to the formation of organization climate”, *Human Relation*, 45 (1): 19-47.
- Moran, R. (1993). *The electronic home: Social and spatial aspects*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Moreira, P I., Smith, M A., Zhu, X., Nunomura, A., Castellani, R J., & Perry, G (2005) Oxidative stress and neurodegeneration *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1043(1), 545-552.
- Moreira, T. (2005). “Diversity in Clinical Guidelines: The Role of Repertoires of Evaluation”, in *Social Science and Medicine*, Vol. 60 (9), pp. 1975–1985.
- Mort, M., Finch, T., May, C. (2009). “Making and Unmaking Telepatients: Identity and Governance in New Health Technologies.” *Science, Technology & Human Values* 34 (1): 9–33.
- Mort, M., Smith, A. (2009). “Beyond Information: Intimate Relations in Sociotechnical Practice.” *Sociology* 43 (2): 215–231.
- Moscovici S. (1961), *La psychanalyse, son image, son public*, PUF, Paris.
- Mullennix, J., & Stern, S. (Eds.). (2010). *Computer synthesized speech technologies: Tools for aiding impairment*. Hershey: Medical Information Science Reference.
- Murphy R. (1990), *The body silent*, W.W. Norton, New York
- Murphy, K. M. 2004, *Imagination As Joint Activity: The Case Of Architectural Interaction*, in *Mind, Culture and Activity*, 11,4, pp. 267-278.
- Murray M., Chamberlain K. (1999), “Health psychology and qualitative research”, in M. Murray, K. Chamberlain (eds.), *Qualitative health psychology*, Sage, London: 3-15.
- Murray, M., & Chamberlain, K. (Eds.). (1999). *Qualitative health psychology: Theories and methods*. Sage.
- Myers, N. 2008, *Molecular Embodiment and the Body-work of Modeling in Protein Crystallography*, in *Social Studies of Science*, 38/2, pp. 163-199.
- Navarro V. (1986), *Crisis, health and medicine*, Tavistock, London.
- Nes, A. A., van Dulmen, S., Eide, E., Finset, A., Kristjánsdóttir, O. B., Steen, I. S., et al. (2012). The development and feasibility of a web-based intervention with diaries and situational feedback via smartphone to support self-management in patients with diabetes type 2. *Diabetes Res Clin Pract*, Sep;97(3):385-393.
- Nettleton, J., Long, J., Kuban, D., Wu, R., Shaeffer, J., & El-Mahdi, A. (1996). Breast cancer during pregnancy: quantifying the risk of treatment delay. *Obstetrics & Gynecology*, 87(3), 414-418.
- Nettleton, S., Burrows, R. (2003). E-scaped medicine? Information, reflexivity and health. *Critical Social Policy* 23(2): 165–185.
- Neugarten, B. L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective.
- Nezu A.M. (1987), “A problem solving formulation of depression. A literature re-viewalid proposal of a pluralistic model”, *Clinical Psychology Report*, 7: 121-144.
- Noice, T., Noice, H. 1997, *The Nature Of Expertise On Professional Acting: A Cognitive View*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates.
- Norman, C. D., Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*;8(4):e27.
- Norman, D. 1988, *The Design Of Everyday Things*. New York: Basic Books.
- Noverr, M. C., & Huffnagle, G. B. (2004). Does the microbiota regulate immune responses outside the gut?. *Trends in microbiology*, 12(12), 562-568.
- Noya, J., Rodríguez Morató, A. 2010, *Musyca. Música, sociedad y creatividad artística*. Madrid, Biblioteca Nueva.

- Noyes, J. (2007). Comparison of ventilator-dependent child reports of health-related quality of life with parents' reports and normative populations. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 1-10.
- O'Neil R., Greenberger E. (1994), "Patterns of commitment to work and parenting: Implications for role strain", *Journal of Marriage and the Family*, 56: 101-112.
- O'Brien, M. E. (1983). *The courage to survive : The life career of the chronic dialysis patient*. New York: Grune & Stratton .
- Ogden J. (1977), "The rhetoric and reality of psychosocial theories of health: a challenge to biomedicine?", *Journal of Health Psychology*, 2: 21-29.
- Ogden J. (1996), *Health psychology*, Open University Press, Buckingham.
- Ogden J. (2003), "Some problems with social cognition models: A pragmatic and conceptual analysis, *Health Psychology*, 22: 424-428.
- Ogden, C. L., Flegal, K. M., Carroll, M. D., & Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *Jama*, 288(14), 1728-1732.
- Olf, M. (2015). Mobile mental health: a challenging research agenda, *European Journal of Psychotraumatology* 2015, 6: 27882.
- Oliver, C., Murphy, G. H., & Corbett, J. A. (1987). Self-injurious behavior in people with mental handicap: A total population study. *Journal of Mental De fi ciency Research*, 31 , 147-162.
- Orlikowski, W. J. (2006), "Material knowing: the scaffolding of human knowledgeability", in *European Journal of Information Systems*, Vol. 15, pp. 460-466.
- Pagoto, S., Schneider, K., Jovic, M., DeBiaise, M., Mann, D. (2013). Evidence-based strategies in weight-loss mobile apps. *Am J Prev Med*, Nov;45(5):576-582.
- Papert, S. (1993). *The Children's Machine: Rethinking School In The Age Of The Computer*. New York, Basic Books.
- Parker, A. T. (2009). Orientation and mobility with persons who are deaf-blind: An initial examination of single-subject-design research. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 103, 372- 377.
- Parsons T. (1951), *The social system*, Free Press, Glencoe
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 257-278.
- Paulweber, B., Valensi, P., Lindström, J., Lalic, N. M., Greaves, C. J., McKee, M., et al. (2010). A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Horm Metab Res*, Apr;42 Suppl 1:S3-36.
- Payne, H. E., Lister, C., West, J. H., Bernhardt, J. M. (2015). Behavioral Functionality of Mobile Apps in Health Interventions: A Systematic Review of the Literature, *JMIR mHealth uHealth*, vol. 3, iss. 1.
- Peneff, J. 1997, *Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert*, in *Sociologie du travail*, 39, 3, pp.265-296.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(2), 239.
- Peroni, M. (2006). La sintesi vocale come strumento compensativo per i soggetti con Dislessia: quali effetti? *Dislessia*, Vol.3, n. 3
- Peroni, M., Staffa, N., Grandi, L., Berton, M. A. (2010). Guida agli ausili informatici. Dislessia come utilizzare al meglio le nuove tecnologie con i disturbi specifici dell'apprendimento, Collana di manuali divulgativi per introdurre i disturbi dello sviluppo ed esempi di percorsi per facilitare l'apprendimento mediante l'uso delle Nuove Tecnologie, Anastasis Soc. Coop. - Bologna
- Petry, K., Maes, B., & Vlaskamp, C. (2005). Domains of quality of life of people with profound multiple disabilities: The perspective of parents and direct support staff. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18 , 35-46.
- Petry, K., Maes, B., & Vlaskamp, C. (2009). Measuring the quality of life of people with profound multiple disabilities using the QOL-PMD: First results. *Research in Developmental Disabilities*, 30 , 1394-1405.
- Petty, K., Elster, A. (1981). *Attitudes and Persuasion: Classical and Contemporary Approaches*. Brown, Dubuque, IA.
- Piaget, J. (1926), *La representation du monde chez l'enfant*. Paris, Alcan.
- Pill R., Stolt N. (1982), "Concept of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class mothers", *Social Science and Medicine*, 16: 45-52.
- Pilnick, A. (1998). 'Why didn't you say just that?' Dealing with issues of asymmetry, knowledge and competence in the pharmacist/client encounter. *Sociology of Health & Illness*, 20(1), 29-51.
- Pinder, S. E., Ellis, I. O., Galea, M., O'rouke, S., Blamey, R. W., & Elston, C. W. (1994). Pathological prognostic factors in breast cancer. III. Vascular invasion: relationship with recurrence and survival in a large study with long-term follow-up. *Histopathology*, 24(1), 41-47.
- Poster, M. (1984). *Foucault, Marxism and History. Mode of production versus Mode of Information*, Cambridge, Polity Press.
- Pradeu, T. (2010). What is an organism? An immunological answer. *History and philosophy of the life sciences*, 247-267.
- Prensky, M. R. (2010). *Teaching digital natives: Partnering for real learning*. Corwin Press.
- Prochaska J.D., Di Clemente C.C. (1984), *The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy*, Dow Jones Irwin, Homewood.
- Provencher, V., Bier, N., Audet, T., & Gagnon, L. (2008). Errorless-based techniques can improve route fi nding in early Alzheimer's disease: A case study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23 , 47-56.

- Provost, B., Dieruf, K., Burtner, P. A., Phillips, J. P., Bernitsky-Beddingfield, A., Sullivan, K. J., Bowen, C. A., & Toser, L. (2007). Endurance and gait in children with cerebral palsy after intensive body weight-supported treadmill training. *Pediatric Physical Therapy*, 19, 2–10.
- Pruneti, C., Fontana, F., Fante, C., Carrozzo, E., Donarini, A., & D'Orlando, F. R. (2012). Corrispondenza tra manifestazioni depressive e tratti di personalità in un campione di studenti di scuola media superiore. *Journal of Psychopathology*, 18, 35-39.
- Quaglino G.P. (2002), “Motivazione, clima, soddisfazione: monitorare il cambiamento individuale e organizzativo”, in V. Majer, A. Marcato, A. D'Amato (a cura di), *La dimensione psicosociale del clima organizzativo*, FrancoAngeli, Milano.
- Quaglino G.P., Mander M. (1987), *I climi organizzativi*, il Mulino, Bologna.
- Quaratino, L., & Gagliardi, P. (2000). L'impatto della formazione: un approccio etnografico alla valutazione dei risultati.
- Quinn, C. C., Gruber-Baldini, A. L., Shardell, M., Weed, K., Clough, S. S., Peeples, M., et al. (2009). Mobile diabetes intervention study: testing a personalized treatment/behavioral communication intervention for blood glucose control. *Contemp Clin Trials*, Jul;30(4):334-346.
- Rabin, C., Bock, B. (2011). Desired features of smartphone applications promoting physical activity. *Telemed J E Health*, Dec;17(10):801-803.
- Radley, J. J., & Morrison, J. H. (2005). Repeated stress and structural plasticity in the brain. *Ageing research reviews*, 4(2), 271-287.
- Rajani, R., and Perry, M. (1999) The reality of medical work: The case for a new perspective on telemedicine. *Virtual Reality* 4(4) : 243-9.
- Rapaport J. (1987), “Therm of empowerment/examples of prevention: toward a theory for community psychology”, *American Journal of Counseling Psychology*, 15: 121-148.
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current opinion in psychiatry*, 21(2), 201.
- Recalcati, M. (2014). *L'ora di lezione. Per un'erotica dell'insegnamento*, Einaudi, Torino.
- Rees, C., Sheard, C., & McPherson, A. (2004). Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. *Patient education and counseling*, 54(1), 119-121.
- Rega, A., Iacono, I., Scoppa, A., (2009). Magic Glove: An Interactive Hardware/Software System to Animate Objects. An Exploratory Study in Rehabilitation Setting. In *Proceedings of IDC 2009 – The 8th International Conference on Interaction Design for Children* pp. 313-316. New York, NY, USA: ACM – ISBN:978-1-60558-395-2
- Rega, A., Iovino, L., Auricchio, A., & Cascone, V. (2012). AR-PECS: Studio pilota per l'utilizzo di una metodologia di comunicazione a scopo riabilitativo basata su PECS interattivi e ambient intelligence. In Cruciani M., Cecconi F. (editors), *Atti del Nono Convegno Annuale dell'Associazione Italiana di Scienze Cognitive*, pages 182-187.
- Reichle, J. (2011). Evaluating assistive technology in the education of persons with severe disabilities. *Journal of Behavioral Education*, 20, 77–85.
- Rein, V., Willems, D. L. (2000). Technology in medicine: Ontology epistemology, ethics and social philosophy at the crossroads. *Theoretical Medicine and Bioethics* 21: 1–7.
- Reiser, S. (1984), “The machine at the bedside: Technological transformations of practices and values”, in S. Reiser, M. Anbar (eds.), *The machine at the bedside*, Cambridge University Press, New York: 3-19.
- Research2Guidance (2013). “The mobile health global market report 2013-2017: the commercialisation of mHealth apps” (Vol. 3).
- Ricci Bitti. (2006), “Transazionalità e interazioni urbane. Un'esperienza etnografica oltre il globalismo e l'ibridismo”, in A. Colombo, A. Genovese, A. Canevaro (a cura di), *Immigrazione e nuove identità urbane. La città come luogo d'incontro e scambio culturale*, Gardolo, Erickson: 35-45.
- Ripat, J., & Woodgate, R. (2011). The intersection of culture, disability and assistive technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 6, 87–96.
- Rippetoe P.A., Rogers R.W. (1987), “Effects of components of protection motivation theory on adaptive and maladaptive coping with health treatment”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 596-604.
- Rispoli, M. J., Franco, J. H., van der Meer, L., Lang, R., & Camargo, S. P. H. (2010). The use of speech generating devices in communication interventions for individuals with developmental disabilities: A review of the literature. *Developmental Neurorehabilitation*, 13, 276–293.
- Rittman, M., Northsea, C., Hausauer, N., Green C., & Swanson, L. (1993). Living with renal failure. *American Nephrology Nurses Association Journal*. 20(3), 327-331.
- Roberts, J. (2006). Limits to communities of practice. *Journal of management studies*, 43(3), 623-639.
- Robinson, E., Higgs, S., Daley, A. J., Jolly, K., Lycett, D., Lewis, A., et al. (2013). Development and feasibility testing of a smart phone based attentive eating intervention. *BMC Public Health*;13:639
- Rogers, C. R. (1961). On becoming a person, a therapist's view of psychotherapy.
- Rogers, W. A., Walker, M. J. (2016). Fragility, uncertainty, and healthcare, *Theor Med Bioeth*, 37:71–83
- Rogers, Y. 2006, *Distributed Cognition and Communication*, in Brown, K. (a cura di) *The Encyclopedia of Language and Linguistics* 2nd Edition. Elsevier, Oxford. 181-202.
- Roine, R., Ohinmaa, A., Hailey, D. (2001). “Assessing telemedicine: A systematic review of the literature.” *Canadian Medical Association Journal*, 165 (6), pp. 765-771.
- Romano, D. (2008). *Psicologia della salute e mestiere dello psicologo*. *Psicologia della salute*.

- Rosenman R.H., Brand R.J., Jenkins C.D., Friedman M., Straus R., Wurm M. (1975), "Coronary heart disease in the Western collaborative group study: final follow-up experience of 8.5 years", *Journal of the American Medical Association*, 233: 872-877.
- Ross, D. A., & Kelly, G. W. (2009). Filling the gaps for indoor way finding. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 103 , 229–234.
- Rothman D. (1991), *Strangers at the bedside*, Basic Books, New York.
- Rotter J.B. (1966), *Social learning and clinical psychology*, Prentice-Hall, Englewood Cliff.
- Ruini, C., & Fava, G. A. (2004). Clinical applications of well-being therapy. *Positive psychology in practice*, 371-387.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C. D., & Fava, G. A. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria*, 38(3), 117-130.
- Rutter D., Quine L., Cheshman D.J. (1993), *Social psychological approach to health*, Harvester Wheatsheaf, London.
- Ryan R.S., Travis J. W, (1981), *The wellness workbook*, Ten Speed Press, Berkeley.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff C.D. (1989), "Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing", *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6): 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65(1), 14-23.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1383.
- Ryff, C., & Singer, B. (2002). From social structure to biology. *Handbook of positive psychology*, 63-73.
- Sameroff A.J. (1983), "Systems of development: contexts and evolution", in P.H. Mussen, W. Kessen (eds.), *Handbook of child psychology*, vol. 1: History, theories and methods, Wiley, New York.
- Samuelsson, K., & Wressle, E. (2008). User satisfaction with mobility assistive devices: An important element in the rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation*, 30 , 551–558.
- Sanders, E., Begnoche, D., & Pitetti, K. H. (2005). Effect of an intensive physical therapy program with partial body weight treadmill training on a 9 year-old child with spastic diplegic cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*, 17 , 82.
- Sanders-Phillips K. (2000), "Health promotion in ethnic minority families: the impact of exposure to violence", in M. Schneider Jamner, D. Stokols (eds.), *Promoting human wellness: new frontiers for research, practice, and policy*, University of California Press, Berkeley: 294-324.
- Sandler, I. N., & Barrera, M. (1984). Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology*, 12(1), 37-52.
- Santo, A., Laizner, A. M., Shohet, L. (2005). Exploring the value of audiotapes for health literacy: a systematic review. *Patient Educ Couns*, Sep, 58(3):235-243.
- Schepis, M. M., Reid, D. H., & Behrman, M. M. (1996). Acquisition and functional use of voice output communication by persons with profound multiple disabilities. *Behavior Modification*, 20, 451–468.
- Scherer, M. J., Craddock, G., & Mackeogh, T. (2011). The relationship of personal factors and subjective well-being to the use of assistive technology devices. *Disability and Rehabilitation*, 33, 811–817.
- Schindl, M. R., Forstner, C., Kern, H., & Hesse, S. (2000). Treadmill training with partial body weight support in nonambulatory patients with cerebral palsy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 301–306.
- Schlosser, R. W., & Blischak, D. M. (2001). Is there a role for speech output in interventions for persons with autism? A review. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16 , 170–178.
- Schneider J. (2001), "Family care work and duty in a 'modern' Chinese hospital", in D. Matcha (ed.), *Readings in medical sociology*, Allyn & Bacon, Needham Heights: 354-372.
- Schrag, A. (2006). Quality of life and depression in Parkinson's disease. *Journal of the neurological sciences*, 248(1), 151-157.
- Schwartz G.E. (1982), Testing the biopsychosocial: the ultimate challenge facing behavioral medicine?, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 1040-1053.
- Schwartz R., Fuchs R. (1996), "Autoefficacia e comportamenti a rischio", in A. Bandura (a cura di), *Il senso di autoefficacia*, Erickson, Trento.
- Seeman J. (1989), "Toward a model of positive health", *American Psychologist*, August.
- Seligman M.E.P. (1975), *Helplessness: on depression, development and death*, Freeman, San Francisco.
- Selye H. (1956), *The stress of life*, McGraw-Hill, New York.
- Sen, A. (1993). *La diseguaglianza*. Il Mulino, Bologna
- Seto, E., Istepanian, R. S., Cafazzo, J. A., Logan, A., Sungoor, A. (2009). UK and Canadian perspectives of the effectiveness of mobile diabetes management systems. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*, 2009:6584-6587.
- Shapiro, J. F. (2001). Modeling and IT perspectives on supply chain integration. *Information Systems Frontiers*, 3(4), 455-464.

- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of behavioral medicine*, 21(6), 581-599.
- Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British journal of cancer*, 80(11), 1770.
- Shih, C. H. (2011). Assisting people with developmental disabilities to improve computer pointing efficiency through multiple mice and automatic pointing assistive programs. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1736-1744.
- Shih, C. H., & Shih, C.-T. (2010). Development of an integrated pointing device driver for the disabled. *Disability and Rehabilitation. Assistive Technology*, 5, 351-358.
- Shildrick, M. (2010). Some reflections on the socio-cultural and bioscientific limits of bodily integrity. *Body & Society* 16(3): 11-22.
- Shilling, H. G., Guethlein, L. A., Cheng, N. W., Gardiner, C. M., Rodriguez, R., Tyan, D., & Parham, P. (2002). Allelic polymorphism synergizes with variable gene content to individualize human KIR genotype. *The Journal of Immunology*, 168(5), 2307-2315.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of social issues*, 40(4), 11-36.
- Sibal, L., Home, P. D. (2009). Management of type 2 diabetes: NICE guidelines. *Clin Med*, Aug, 9(4):353-357.
- Siegal, B. R., Calsyn, R. J., & Cuddihee, R. M. (1987). The relationship of social support to psychological adjustment in end-stage renal disease. *Journal of Chronic Diseases*, 40(4), 337-344.
- Sigafoos, J., Arthur, M., & O'Reilly, M. F. (2003). *Challenging behavior and developmental disability*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Sigafoos, J., Green, V. A., Payne, D., Son, S.-H., O'Reilly, M., & Lancioni, G. E. (2009). A comparison of picture exchange and speech generating devices: Acquisition, preference, and effects on social interaction. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 25, 99-109.
- Sinclair, J. O. H. N., & Coulthard, M. (1975). *Towards an analysis of discourse*. New York: Oxford.
- Sironi, V. A. (2013). *Le tecnologie per la vita e per la salute. Il Contributo italiano alla storia del Pensiero - Tecnica*
- Smith J.A., Jarman M., Osborn. M. (1999), "Doing interpretative phenomenological analysis", in M. Murray, K. Chamberlain (eds.), *Qualitative health psychology*, Sage, London: 218-240.
- Smith, A. (2015). Chapter one: A portrait of smartphone ownership. Pew Research Center Web site. <http://www.pewinternet.org/2015/04/01/chapter-one-a-portrait-of-smartphone-ownership/>.
Published April 1.
- Smith, J. J., Morgan, P. J., Plotnikoff, R. C., Dally, K. A., Salmon, J., Okely, A. D., et al. (2014). Smart-phone obesity prevention trial for adolescent boys in low-income communities: the ATLAS RCT. *Pediatrics*, Sep; 134(3):e723-e731.
- Smith, R., Menon, J., Rajeev, J. G., Feinberg, L., Kumar, R. K., Banerjee, A. (2015). Potential for the use of mHealth in the management of cardiovascular disease in Kerala: a qualitative study, *BMJ Open*;5:e009367
- Smorti A. (1994), *Il pensiero narrativo*, Giunti, Firenze.
- Sobsey, D., & Reichle, J. (1989). Components of reinforcement for attention signal switch activation. *Mental Retardation and Learning Disabilities Bulletin*, 17, 46-59.
- Solano, L. (2013). *Tra mente e corpo: come si costruisce la salute*. R. Cortina.
- Solano, L., Bonadies, M., & Trani, M. (2008). Writing for all, for some, or for no one? Some thoughts on the applications and evaluations of the writing technique. *Emotion Regulation*, 234-246.
- Solano, L., Di Trani, M., Ferri, R., & Renzi, A. (2015). *Offrire risposte dove emerge la domanda: lo psicologo di base nell'assistenza sanitaria primaria*. *Ricerche di Psicologia*.
- Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Sowers, J., Rusch, F., Connis, R., & Cummings, L. (1980). Teaching mentally retarded adults to time manage in a vocational setting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 119-128.
- Sowers, J., Verdi, M., Bourbeau, P., & Sheehan, M. (1985). Teaching job independence and flexibility to mentally retarded students through the use of self-control package. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 81-85.
- Spaderna, H., Mendell, N. R., Zahn, D., Wang, Y., Kahn, J., Smits, J. M., & Weidner, G. (2010). Social isolation and depression predict 12-month outcomes in the "waiting for a new heart study". *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 29(3), 247-254.
- Sperber, D., Wilson, D. 1995, *Relevance: Communication and Cognition*. Oxford, Blackwell Publications.
- Spiro, H. M. (1986). *Doctors, patients, and placebos*. Yale University Press.
- Starr P. (1982), *The social transformation of American medicine*, Basic Books, New York.
- Stengers I., (1966), "Il medico e il ciarlatano", in T. Nathan, I. Stengers, *Medici e Stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Steptoe, A., Peacey, V., & Wardle, J. (2006). Sleep duration and health in young adults. *Archives of internal medicine*, 166(16), 1689-1692.
- Sternberg, R. J., Conway, B. E., Ketron, J. L., & Bernstein, M. (1981). People's conceptions of intelligence. *Journal of personality and social psychology*, 41(1), 37.
- Stetsenko, A. (2009). Vygotsky and the conceptual revolution in developmental sciences: Toward a unified (non-additive) account of human development. In M. Fleer, M. Hedegaard, & J. Tudge (Eds.), *World Yearbook of Education 2009, Childhood Studies and Impact of Globalization: Policies and Practices at Global and Local Levels* (pp. 125- 141). New York: Routledge.

- Stip, E., Rialle, V. (2005). Environmental Cognitive Remediation in Schizophrenia: Ethical Implications of "Smart Home" Technology. *Can J Psychiatry*, 50(5):281-91.
- Stokols D. (1992), "Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion", *American Psychologist*, 47: 6-22.
- Stokols D. (2002), "Ecology and health", *International Encyclopedia of the Social, Behavioral Sciences*, 6: 4030-4035.
- Stone G.C. (1987), "The scope of health psychology", in G. Stone, S.M. Weiss, J.D. Matarazzo, N.E. Millere, J. Rodin, C.D. Belar, M.J. Follick, J.E. Singer (eds.), *Health psychology, a discipline and a profession*, The University of Chicago Press, Chicago: 27-40.
- Stroebe W.E., Stroebe M.S. (1995), *Social psychology and health*, Brooks/Cole, Pacific Grove; trad. it. *Psicologia sociale e salute*, McGraw-Hill, Milano, 1997.
- Subramanian S.V., Kawachi I. (2006), "Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effect of state income inequality on individual self-rated health in the United States", *Health and Place*, 12: 141-156.
- Suchman, L. (1997). Centers of coordination: a case and some themes. In: Resnick L, Pontecorvo C, S"alj"o R, Burge B, editors. *Discourse, tools and reasoning. Essays on situated cognition*. Berlin: Springer-Verlag, p. 41—62.
- Svarstad B.L. (1976), "Physician-patient communication and patient conformity with medical advice", in D. Mechanic (ed.), *Growth of bureaucratic medicine*, J. Wiley and Sons, New York, ch. 1.
- Tam, C., Reid, D., Naumann, S., & O'Keefe, B. (2002). Perceived benefits of word prediction intervention on written productivity in children with spina bifida and hydrocephalus. *Occupational Therapy International*, 9 , 237–255.
- Tanassi L.M. (2004), "Compliance as strategy: the importance of personalised relations in obstetric practice", *Social Science, Medicine*, 59: 2053-2069.
- Taylor S.E. (1979), "Hospital patient behavior: reactance, helplessness, or control?", *Journal of Social Issues*, 35: 156-184.
- Taylor S.E. (1990/2012), *Health Psychology*, McGraw-Hill, New York, 8th ed.
- Taylor, P. (1998). A survey of research in telemedicine. *Telemedicine services. Journal of Telemedicine and Telecare* 4(2): 63-71.
- Tetley, J., Hanson, E., Clarke, A. (2001). Older people, telematics and care. In: Warnes AM, Warren L, Nolan M, editors. *Care services for later life: Transformations and critiques*. London: Jessica Kingsley Publications, p. 243-58.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social behavior*, 145-159.
- Thomas, J. G., Wing, R. R. (2013). Health-e-call, a smartphone-assisted behavioral obesity treatment: pilot study. *JMIR Mhealth Uhealth*;1(1):e3.
- Thomé, B., & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life in older people with cancer—a gender perspective. *European Journal of Cancer Care*, 13(5), 454-463.
- Thunberg, G., Ahlsén, E., & Sandberg, A. D. (2007). Children with autistic spectrum disorders and speech-generating devices: Communication in different activities at home. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 21 , 457–479.
- Timmermans, S. 2013, Seven warrants for qualitative health sociology, in *Social Science & Medicine* 77, 1-8.
- Timmermans, S., & Berg, M (2003) The practice of medical technology *Sociology of health & illness*, 25(3), 97-114.
- Timmermans, S., Berg, M. (1997). "Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols", in *Social Studies of Science*, Vol. 27, n. 2, pp. 273-305.
- Timmermans, S., Berg, M. (2003a). *The Gold Standard: The Challenge Of Evidence-Based Medicine And Standardization In Health Care*, Temple University Press, Philadelphia.
- Timmermans, S., Kolker, E. S. (2004). "Evidence-Based Medicine and the Reconfiguration of Medical Knowledge, *Journal of Health and Social Behavior*", in Extra Issue: Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics, Vol. 45, pp. 177-193.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2006). Cognitive adaptation theory and breast cancer recurrence: Are there limits?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(5), 980.
- Torta R., Mussa A. (1997), *Psiconcologia: basi biologiche, aspetti clinici e approcci terapeutici*, Centro Scientifico. Torino
- Trostle J.A. (1998), "Medical compliance as an ideology", *Social Science and Medicine*, 27: 1299-1308
- Turner-McGrievy, G. M., Beets, M. W., Moore, J. B., Kaczynski, A. T., Barr-Anderson, D. J., Tate, D. F. (2013). Comparison of traditional versus mobile app self-monitoring of physical activity and dietary intake among overweight adults participating in an mHealth weight loss program. *J Am Med Inform Assoc*, May 1;20(3):513-518.
- Turner-McGrievy, G., Tate, D. (2011). Tweets, Apps, and Pods: Results of the 6-month Mobile Pounds Off Digitally (Mobile POD) randomized weight-loss intervention among adults. *J Med Internet Res*;13(4).
- Turpin, G., Armstrong, J., Frost, P., Fine, B., Wards, C. D., & Pinnington, L. L. (2005). Evaluation of alternative computer input devices used by people with disabilities. *Journal of Medical Engineering & Technology*, 29 , 119–129.
- Tversky, A., Kahneman, D. (1974). Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*, 185, 1124-1131.
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment, *Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies*, OTA (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, September 1978).
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment, *Life-Sustaining Technologies and the Elderly*, OTA-BA-306 (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, July 1987).
- UNI-Ente nazionale italiano di unificazione (2000), *Sistemi di gestione per la qualità: requisiti*. UNI EN ISO 9001, UNI, Milano.

- Urbinati, S., Fattirolli, F., Tramarin, R., Chieffo, C., Temporelli, P., Griffo, R., ... & Briolotti, L. (2003). The ISYDE project. A survey on Cardiac Rehabilitation in Italy. *Monaldi archives for chest disease Archivio Monaldi per le malattie del torace*, 60(1), 16-24.
- Uslan, M. (1976). Teaching basic ward layout to the severely retarded blind: An auditory approach. *The New Outlook for the Blind*, 70 , 401–402.
- Uslan, M., Malone, S., & De L'Aune, W. (1983). Teaching route travel to multiply handicapped blind adults: An auditory approach. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 77 , 18–20.
- Uslan, M., Russell, I., & Weiner, C. (1988). A “musical pathway” for spatially disoriented blind residents of a skilled nursing facility. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 82 , 21–24.
- Van Amstel H., Van der Geest S. (2004), “Doctors and retribution: the hospitalisation of compensation claims in the Highlands of Papua New Guinea”, *Social Science, Medicine*, 59: 2087-2094.
- Van der Geest S., Finkler K. (2004), “Hospital ethnography: introduction”, *Social Science, Medicine*, 59: 1995-2001.
- Van der Meer, L. A., & Rispoli, M. (2010), Communication interventions involving speechgenerating devices for children with autism: A review of the literature. *Developmental Neurorehabilitation*, 13(4), 294-306.
- Van der Meer, L., Sigafoos, J., O'Reilly, M. F., & Lancioni, G. E. (2011a). Assessing preferences for AAC options in communication interventions for individuals with developmental disabilities: A review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, 32 , 1422–1431.
- Van Drongelen, A., Boot, C. R., Hlobil, H., Twisk, J. W., Smid, T., van der Beek, A. J. (2014). Evaluation of an mHealth intervention aiming to improve health-related behavior and sleep and reduce fatigue among airline pilots. *Scand J Work Environ Health*, Nov;40(6):557-568.
- Van Manen, M. (1998). Modalities of body experience in illness and health. *Qualitative Health Research*, 8(1), 7-24.
- Van Manen, M. (2010). The pedagogy of Momus technologies: Facebook, privacy and online intimacy. *Qualitative Health Research* 20(8): 1023–1032.
- Vashdi, E., Hutzler, Y., & Roth, D. (2008). Compliance of children with moderate or severe intellectual disability to treadmill walking: A pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 , 371–379.
- Vermeulen E. (2004), “Dealing with doubt: making decisions in a neonatal ward in The Netherlands”, *Social Science, Medicine*, 59: 2071-2085.
- Viafora C., Gaiani A., (2015) A lezione di bioetica. Temi e strumenti. Franco Angeli
- Vincent, C., & Furnham, A. (1996). Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 37-48.
- Vinson, J. M., Rich, M. W., Sperry, J. C., Shah, A. S., & McNamara, T. (1990). Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(12), 1290-1295.
- Von Bertalanffy L. (1968), *Teoria generale dei sistemi*, Istituto Librario Internazionale, Milano.
- Von Engelhardt, D. (1995). Health and disease—history of the concepts. In: Reich WT ed. *Encyclopedia of bioethics*. New York: MacMillan, 1088.
- Vygotsky, L S (1990) Imagination and creativity in childhood *Soviet psychology*, 28(1), 84-96.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind and Society. The development of higher mental processes*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Vygotsky, L. S. (1990). *Pensiero e Linguaggio*, Laterza, Bari.
- Vygotsky, L. S. (1993). The fundamentals of defectology. In R. W. Rieber & A. S. Carton (Eds.), *The collected works of L. S. Vygotsky*, (Vol 2) (pp. 29-338). New York: Plenum Press.
- Wahl, H. W., Mollenkopf, H. (2003). Impact of Everyday Technology in the Home Environment on Older Adults' Quality of Life. In N. Charness & K. W. Schaie (Eds.), *Impact of Technology on Successful Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Waitzkin H. (1980), “A marxist analysis of the health care systems of advanced capitalist societies”, in L. Eisenberg, A. Kleinman (eds.), *The relevance of social science for medicine*, Reidel, Dordrecht: 333-369.
- Wang, Q., Egelandsdal, B., Amdam, G. V., Almli, V. L., Oostindjer, M. (2016). Diet and Physical Activity Apps: Perceived Effectiveness by App Users, *JMIR mHealth uHealth*, vol. 4, iss. 2, e33.
- Wang, Y., Klijn, J. G., Zhang, Y., Sieuwerts, A. M., Look, M. P., Yang, F., ... & Jatko, T. (2005). Gene-expression profiles to predict distant metastasis of lymph-node-negative primary breast cancer. *The Lancet*, 365(9460), 671-679.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of personality and social psychology*, 64(4), 678.
- Wehmeyer, M. L., & Field, S. (2007). *Self-determination: Instructional and assessment strategies* . Thousand Oaks: Corwin Press.
- Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Smith, S. J., Parent, W., Davies, D. K., & Stock, S. (2006). Technology use by people with intellectual and developmental disabilities to support employment activities: A single-subject design meta analysis. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 24 , 81–86.
- Weinstein D. (1988), “The precaution adoption process”, *Health Psychology*, 7: 355-386.
- Weiss K., Gergen P.A., Hodgson T. (1992), “An economic evaluation of asthma in the United States”, *New England Journal of Medicine*, 326: 862-868.
- Wells, G. (1999). *Dialogic inquiry: Towards a socio-cultural practice and theory of education*. Cambridge University Press.
- Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge, Cambridge University Press.

- West, J. H., Hall, P. C., Hanson, C. L., Barnes, M. D., Giraud-Carrier, C., Barrett, J. (2012). There's an app for that: content analysis of paid health and fitness apps. *J Med Internet Res*;14(3):e72
- White, H., McConnell, E., Clipp, E., Branch, L. G., Sloane, R., Pieper, C., et al. (2002). A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging and Ment Health*, 6(3): 213-221.
- WHO (1946). Preambolo della costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità, adottato dalla Conferenza Health International, New York, 19 giugno-22 luglio 1946, firmato il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 Stati.
- WHO (1998). Glossario della Promozione della Salute.
- WHO (2013) Salute 2020: Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere.
- Wikstrom, A., Cedergorb, A., Johansonc, M. (2007). The meaning of technology in an intensive care unit—an interview study *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 187—195
- Willems, D. (2000). Managing one's body using self-management techniques: practicing autonomy, *Theor Med Bioeth*, Volume 21, Issue 1, pp 23–38.
- Williams, S. C. (2002). How speech feedback and word prediction software can help students write. *Teaching Exceptional Children*, 34 , 72–78.
- Wittgenstein L. (1953), *Ricerche filosofiche*, Einaudi, Torino, 1999.
- Wolf, J. A., Moreau, J. F., Akilov, O., Patton, T., English, J. C., Ho, J., Ferris, L. K. (2013). Diagnostic inaccuracy of smartphone applications for melanoma detection, “*JAMA Dermatol*”, April, 149 (4), pp. 422-426.
- World Health Organization (1981), “Global strategy for health for all by the year 2000”, in *Health for all*, Series n. 3, Geneva.
- World Health Organization (1986), *Ottawa charta on health promotion*, Geneva.
- World Health Organization (1991), *Sundsvall statement on supportive environments for health*, Geneva.
- World Health Organization (1998), *Health for all in the twenty-first century*, Geneva.
- World Health Organization (2001), *Climate and health*, Geneva
- World Health Organization. (1964). *The world health report 1964*, Geneva.
- Worringham, C., Rojek, A., Stewart, I. (2011). Development and feasibility of a smartphone, ECG and GPS based system for remotely monitoring exercise in cardiac rehabilitation. *PLoS One*;6(2):e14669.
- Wright, P., Fields, B., Harrison, M. 1999. *Analysing Human-Computer Interaction as Distributed Cognition*. <http://citeseer.ist.psu.edu/wright99analysing.html>
- Xie, B. (2003). Older adults, computers, and the Internet: Future directions *Gerontechnology*, 2(4): 289-305.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: design and methods*, Applied social research methods series. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Afacan, Y., & Erbug, C.(2009). An interdisciplinary heuristic evaluation method for universal building design. *Journal of Applied Ergonomics*, 40, 731744.
- Zaman S. (2004), “Poverty and violence, frustration and inventiveness: hospital ward life in Bangladesh”, *Social Science, Medicine*, 59: 2025-2036.
- Zanettini, R., Antonini, A., Gatto, G., Gentile, R., Tesi, S., & Pezzoli, G. (2011). Regression of Cardiac Valvulopathy Related to Ergot-Derived Dopamine Agonists. *Cardiovascular therapeutics*, 29(6), 404-410.
- Zani B., Cicognani E. (1999), *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*, Carrocci, Zani B., Cicognani E. (2000), *Psicologia della salute*, il Mulino, Bologna.
- Zani, B. (1996). Il lavoro dello psicologo nei servizi territoriali. B. Zani e A. Polmonari (a cura di), *Manuale di psicologia di comunità*, 319-356.
- Zesiewicz, T. A., Wecker, L., Sullivan, K. L., Merlin, L. R., & Hauser, R. A. (2006). The controversy concerning plasma homocysteine in Parkinson disease patients treated with levodopa alone or with entacapone: effects of vitamin status. *Clinical neuropharmacology*, 29(3), 106-111.
- Zhang, J., Norman, D.A. (1994). Representation in Distributed Cognition Tasks, in *Cognitive Science*, 18: 87-122.
- Zwicker, J. G., & Mayson, T. A. (2010). Effectiveness of treadmill training in children with motor impairments: An overview of systematic reviews. *Pediatric Physical Therapy*, 22 , 361–377.

INDICE

PSICOLOGIA DELLA SALUTE E INCLUSIONE SOCIALE	1
LA PSICOLOGIA DELLA SALUTE: DEFINIZIONI E CAMPO D'INDAGINE	2
Il concetto di salute e la sua evoluzione in occidente dall'antichità all'età contemporanea	2
Psicologia e salute	40
Punti di forza e criticità nello sviluppo della psicologia della salute.....	49
La sfida biopsicosociale al modello biomedico	80
Fattori psicosociali coinvolti nella cura	83
PSICOLOGIA E ORGANIZZAZIONE NEI CONTESTI DI CURA.....	89
Orizzonti culturali e tensioni affettive nell' organizzazione ospedaliera e nei contesti di cura	89
Relazioni interpersonali tra operatori in contesti ad alta tecnologia	108
LA PROFESSIONALIZZAZIONE DELLO PSICOLOGO DELLA SALUTE NELL'AREA DELLA CRONICITÀ – UNA ESPLORAZIONE DEI CONTESTI NELL'ESPERIENZA DEL TIROCINIO NEI CDL IN PSICOLOGIA	117
I contesti di intervento.....	131
La professionalizzazione dello psicologo	165
Il Tirocinio come modalità sovversiva di abitare le organizzazioni	180
Il ruolo dell'Università nel percorso di professionalizzazione dello psicologo	182
Conclusioni del capitolo	186
PER UNA RITERRITORIALIZZAZIONE DELLA PSICOLOGIA NEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI.....	190
Una psicologia della salute sufficientemente buona: riflessioni su una teoria della tecnica per la psicologia della salute	217
Ripensare la psicologia della salute al tempo del covid-19.....	244
Una Proposta di Legge di Iniziativa Popolare per la promozione del benessere psicologico e per l'istituzione della Rete Psicologica Nazionale	269
BIBLIOGRAFIA.....	283
