

# 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:

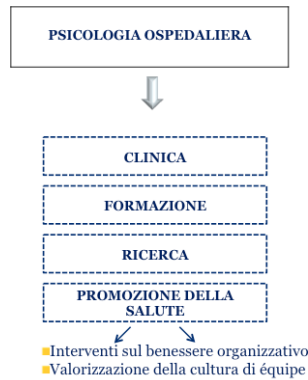
- q. Differenze non di luoghi ma di modalità di presa in carico;
- r. Scarsa attenzione all’entropia e ai sistemi per cui alcune prestazioni e servizi vengono affidate a organizzazioni meno formali o specialistiche (volontariato, cooperative sociali, ecc.);
- s. Ridimensionamento e sottostima degli organici (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'angolatura 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 una 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) rinchiuso 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 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 delimitano 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 “riterritorializzazione”. 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 Furedi<sup>15</sup> 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

---

<sup>15</sup> ([https://www.frankfuredi.com/post/a-disaster-without-precedent?fbclid=IwAR0yTcsvgfui6c\\_ZDHg4gfuaHzixF7IArrDLHnKPxBxWCB\\_OAEjpuw61\\_ZF4](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 critiche<sup>16</sup>

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. Stiamo 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

---

<sup>1616</sup> 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 persona<sup>17</sup>.

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

---

<sup>17</sup> 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 "NoiRestiamolInsieme" 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.

