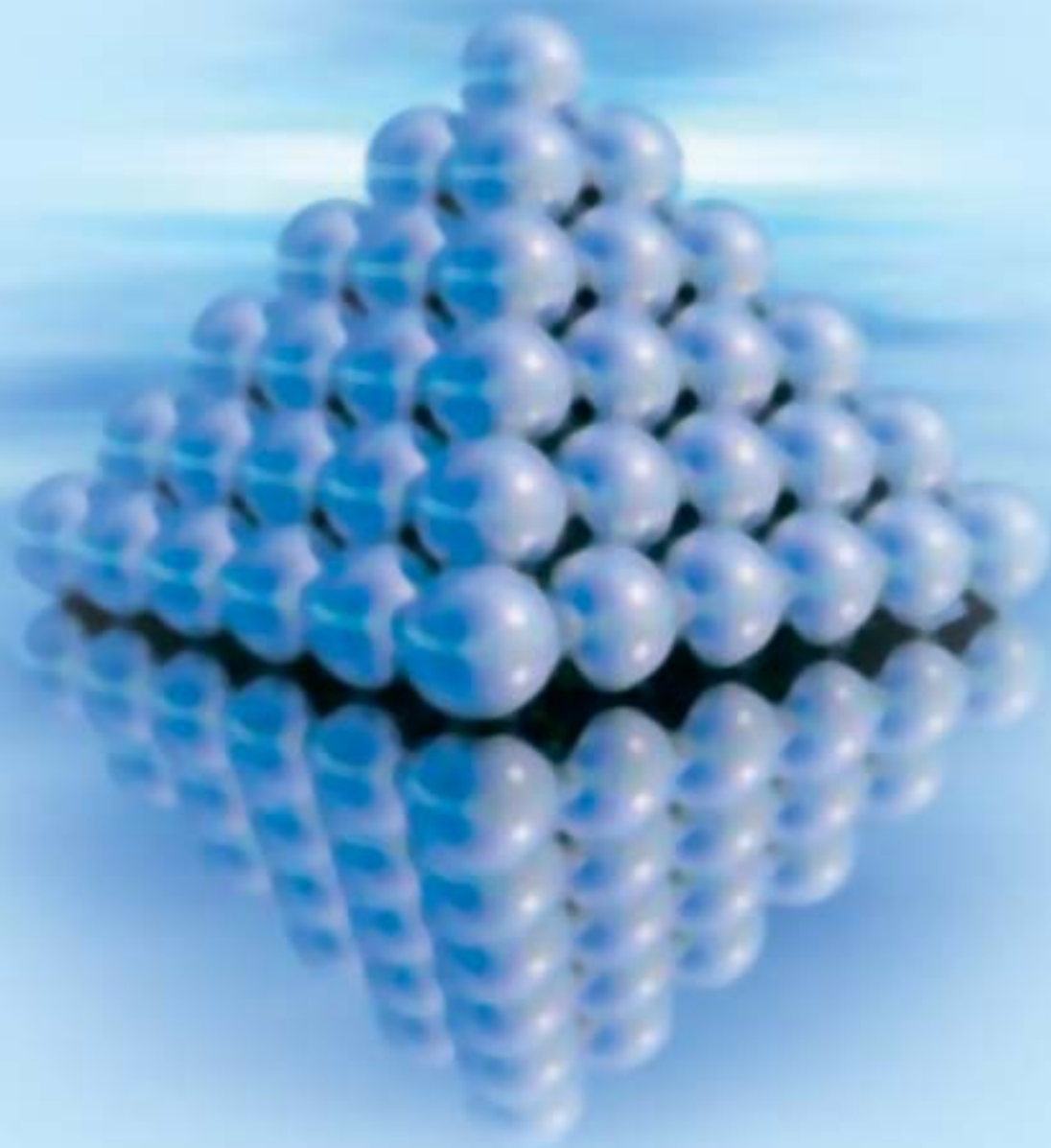


Psicologi & Psicologia
in Sicilia

Psicologi & Psicologia

anno VII - n. 2 - Nov. 04

in Sicilia



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



Giornale dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia

FIAP

Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia



L'IMPLICITO E L'ESPLICITO IN PSICOTERAPIA

Secondo Congresso della Psicoterapia Italiana
In collaborazione con il Coordinamento Nazionale delle Scuole
di Psicoterapia- CNSP

Con il patrocinio e il contributo dell'Ordine degli Psicologi della
Regione Siciliana

Con il patrocinio di:

Ordine Nazionale Psicologi

Ordine Nazionale dei Medici (FNOMCeO)

Società Italiana di Psichiatria (SIP)

CNR (richiesto)

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche
della personalità e delle relazioni di
aiuto (classe XXXIV), Università degli Studi di Palermo.

Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia

Comune di Siracusa

Provincia Regionale di Siracusa

21-24 Aprile, 2005

SIRACUSA

INTERVERRANNO

Daniel Stern, Massimo Ammaniti, Bruno Callieri, Giovanni Liotti
e i rappresentanti delle associazioni italiane di psicoterapia

Segreteria Scientifica

Margherita Spagnuolo Lobb (presidente FIAP)

FIAP via Alaimo da Lentini 2, 96100 Siracusa

tel. 0931 - 35207

fax. 0931 - 442734

e-mail presidenza@fiap.info; training@gestalt.it



ANNO 7° - NUMERO 2

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

REDAZIONE:

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

DIRETTORE RESPONSABILE

Fulvio Giardina

COORDINAMENTO EDITORIALE

Roberto Pagano

COMITATO DI REDAZIONE

Sergio Amico,
Claudio Casiglia,
Sebastiano Ciavarella,
Maurizio Cuffaro,
Maria Gabriella D'Angelo.

CHIUSO IN REDAZIONE

il 15-11-2004

GRAFICA & IMPAGINAZIONE

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

FOTOLITO E STAMPA

Grafiche Cosentino - Caltagirone

Sommario

Focus

Rinnovarsi per crescere	pag. 4
Elenco degli eventi formativi 2000/2004	pag. 5

In primo piano

Il contributo degli psicologi allo sviluppo della Sicilia	pag. 6
Conferita la laurea "honoris causa" al prof. Albert Bandura	pag. 11

Iniziative dell'Ordine

<i>Congresso regionale: "progettare e costruire il benessere"</i>	pag. 13
<i>Convegno: "Marketing e territorio: attivazione delle comunità locali"</i>	pag. 15
Alla riscoperta del mito, alcune riflessioni sul viaggio in Egitto	pag. 17

La professione

Progetto - Intervento "una telecamera per ricominciare"	pag. 20
Il Counseling scolastico integrato	pag. 23
La psicoanalisi pensa e si confronta con altre discipline sulla realtà sociale attuale	pag. 25
I disturbi del comportamento alimentare (DCA)	pag. 26
Una Comunità "senza regole, la psicologia umanistica al lavoro"	pag. 30
La preparazione al parto in ipnosi in acqua	pag. 33
Percorsi nella solitudine contemporanea	pag. 34
Riflessioni sul convegno: "La riabilitazione della persona con handicap: figure professionali coinvolte, nuovi orientamenti legislativi e modalità di finanziamento"	pag. 37
Etnie, arti e terapie ... strade per incontrarsi	pag. 40
Perchè l'ENPAP assicuri una vera pensione per gli psicologi	pag. 42

Recensioni

L'arco e la freccia.	
Prospettive per una genitorialità consapevole	pag. 44
Al di là della solitudine del bambino immaginario, forme e significati del maltrattamento infantile	pag. 45
La profondità della superficie	pag. 46
Reiko	pag. 47
La psiche e gli archetipi dello spirito	pag. 47
Il colloquio motivazionale	pag. 48

Aggiornamento albo

Nuovi iscritti all'albo dal 18/07/2003 al 29/10/2004	pag. 49
--	---------



focus

di Fulvio Giardina - Presidente Ordine Regionale

Rinnovarsi per Crescere

Care colleghe e cari colleghi, sicuramente il prossimo anno andremo a votare per rinnovare il nostro Consiglio. Direi: finalmente andremo a votare! Non sappiamo ancora quando, con quale regolamento, con quale modalità, con quali tempi: di certo ormai tutti gli ordini professionali hanno fornito le proprie indicazioni di massima affinché i Ministeri preposti (Giustizia e MIUR) possano di concerto emanare un regolamento elettorale che sia esaustivo della storia e delle tradizioni che caratterizzano l'organizzazione delle professioni italiane, e che risponda alle esigenze di innovazione previste dal DPR 328/2001.

È anche in dirittura finale la legge di riforma degli ordini professionali, che ha visto recentemente una particolare attenzione da parte del nostro parlamento.

Noi psicologi, diversamente da tutti gli altri Ordini, abbiamo rivendicato con forza la modalità elettorale che permetta la presenza in Consiglio di coloro che rappresentano il gruppo di minoranza, limitando a due terzi, e non alla totalità dei componenti il Consiglio, la possibilità di indicare

sulla scheda elettorale i nomi dei candidati prescelti.

È vero che il Consiglio dell'Ordine non è un organismo politico sensu strictu, ma è altrettanto vero che è depositario dei valori e della dimensione etica che caratterizza la professione: questa è il fulcro della nostra politica professionale. Non ci si può più limitare alla mera gestione dell'Albo ed alle certificazioni: l'Ordine assume sempre di più la funzione di "casa comune", in cui tutti gli iscritti si possono, si devono identificare. E' per questi motivi che crediamo nel contributo di tutti, soprattutto di coloro che hanno una visione diversa dalla nostra.

In questi lunghi anni ci siamo avviati lungo il percorso del cambiamento cercando di cogliere tra i compagni di strada le risorse necessarie per continuare e per migliorare. Ognuno di voi che si è fatto avanti, che abbiamo incontrato, che ha manifestato delusioni e gradimento ha contribuito a rimodulare e rinforzare gli obiettivi che ci eravamo posti.

Così è possibile spiegare e comprendere la grande produttività del nostro Consiglio: soltanto nel 2004

sono stati organizzati, oltre il 2° Congresso regionale, ben sette eventi formativi, dei quali sei con un totale di 34 crediti ECM.

I seminari hanno rappresentato anche il luogo dei nostri incontri: un Ordine professionale cresce se gli iscritti per prima si riconoscono tra loro.

Ed una funzione non secondaria è stata svolta dall'agenda degli psicologi siciliani, che ha facilitato il senso di appartenenza professionale, e che riproporremo nel 2005.

E per progettare ancora meglio gli obiettivi del futuro Consiglio, il nostro Ordine, insieme soltanto a quello della Lombardia, ha l'opportunità di elaborare i dati raccolti dall'EURISKO: non c'è dubbio, cari colleghi, che per stare al passo con i tempi è sempre più necessario conoscere la realtà che ci circonda, per evitare di enfatizzare aspetti e problemi che invece sono marginali. In questi anni abbiamo provato a costruire una immagine forte della nostra professione, anche nei contesti tradizionalmente poco esplorati, e gradualmente abbiamo raggiunto una certa credibilità istituzionale, ma soprattutto ci siamo verificati con tantissimi giovani iscritti, cogliendo in loro la voglia di "cambiare il mondo"!

Con questa lunga premessa ho espresso il sentimento positivo che colgo nel momento in cui è il caso di fare qualche bilancio. Sia sul piano personale che su quello professionale mi sono arricchito durante questa lunga esperienza e sento di ringraziare tutti per quello che mi hanno dato.

Un sentito ringraziamento ai nostri dipendenti e collaboratori, senza i quali tutto sarebbe stato molto più difficile.

Un caro saluti a tutti, con l'augurio, anche per le vostre famiglie, di un sereno Natale ed un felice anno nuovo.



Giovani colleghi al Congresso Regionale

Elenco degli eventi formativi degli anni 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004

EVENTO	SEDE	DATA	E.C.M
Le libere professioni in Europa:protezionismo, deregulation, tutela dei consumatori	Palermo	25/02/2000	
La formazione dello psicologo e le lauree triennali e specialistiche	Palermo	23/05/2000	
Le nuove frontiere della Psicologia del Lavoro	Siracusa	23/06/2000	
Incontro di aggiornamento sui "DISTURBI PSICOSOMATICI"	Siracusa	16/11/2000	
Sistemi formativi e Servizio di Psicologia Scolastica	Palermo	17-18/11/2000	
Psicologo oggi: appartenenza professionale e prospettive occupazionali	Siracusa	11/12/2000	
Psicologo oggi: appartenenza professionale e prospettive occupazionali	Catania	12/12/2000	

EVENTO	SEDE	DATA	E.C.M
Psicologo oggi: appartenenza professionale e scenari occupazionali	Agrigento	23/01/2001	
Psicologia, Formazione ed Etica in campo giuridico	Palermo	11/05/2001	
Incontro formativo sulla professione di Psicologo nel contesto della nuova amministrazione Regionale	Palermo	01/06/2001	
Incontro con James Hillman "Lo Psicologo come protagonista (vittima) nei processi di trasformazione culturale"	Catania	13/10/2001	

EVENTO	SEDE	DATA	E.C.M
Seminario formativo sugli aspetti legali, fiscali, etici e deontologici della professione	Cefpas (CL)	28/02 -1/03/02	
1° incontro di studio:"Le nuove disposizioni legislative in tema di dipendenze patologiche"	Palermo	11/09/2002	
2° incontro di studio:"Le nuove disposizioni legislative in tema di dipendenze patologiche"	Palermo	02/10/2002	
Conferenza Regionale per la programmazione dei tirocini in ambito psicologico	Enna	16/10/2002	
I bisogni formativi degli Psicologi	Palermo	28/11/2002	
La valutazione della Psicoterapia. Seminario internazionale di studi	Palermo	6-7/12/2002	

EVENTO	SEDE	DATA	E.C.M
La professione di psicologo: appartenenza professionale e scenari occupazionali	Trapani	06/02/2003	
Seminario di studio sul Mobbing	Palermo	10/06/2003	
Lavoro fonte di benessere e di disagio:Il Caso della Fiat di Termini Imerese	T. Imerese (PA)	13-14/06/2003	
Lo Psicologo nel mondo giuridico: Realtà e prospettive	Acitrezza (CT)	19/06/2003	
Marketing & Psicologia	Siracusa	27-28/06/2003	
Seminario di studio su "Ambiti applicativi della professione di psicologo"	Gela (CL)	06/10/2003	
Gli ambiti applicativi della psicologia dell'emergenza	Acitrezza (CT)	28/10/2003	
Gli ambiti applicativi della psicologia dell'emergenza	S. Venerina (CT)	29/10/2003	
L'offerta formativa delle scuole di specializzazione in psicoterapia	Palermo	27/11/2003	
La Promozione e la Tutela delle Professioni di Psicologo	Palermo	18-19/12/03	

EVENTO	SEDE	DATA	E.C.M
Il ruolo dello psicologo nell'Emergenza	Palermo	29/01/2004	SI
La Promozione e lo Sviluppo della Professione di Psicologo	Palermo	20/02/2004	
Gli aspetti teorici, metodologici ed applicativi della psicologia viaria	Catania	26/02/2004	SI
Gli aspetti teorici, metodologici ed applicativi della psicologia viaria	Palermo	27/02/2004	SI
Seminario di studio su "I Riflessi Sociali del Mobbing"	Palermo	18/03/2004	
Convegno di aggiornamento in neuropsicologia clinica	Taormina (ME)	29-30/03/2004	SI
Il gruppo come modalità di lavoro: Esperienze a confronto	Palermo	15/04/2004	
Integrazione e evoluzione della psichiatria e della psicologia in campo forense	Catania	17/04/2004	
1° incontro del ciclo di Seminari di studi su "I Riflessi Sociali del Mobbing"	Palermo	22/04/2004	
La Psicologia della Riproduzione Assistita	Catania	23/04/2004	SI
La Psicologia della Riproduzione Assistita	Palermo	24/04/2004	SI
La futura organizzazione della Professione di Psicologo	Palermo	30/04/2004	
2° incontro del ciclo di Seminari di studi su "I Riflessi Sociali del Mobbing"	Palermo	12/05/2004	
Progettare e Costruire il Benessere - II° Convegno Regionale degli Psicologi Siciliani	Acireale	28-29/05/2004	
3° incontro del ciclo di Seminari di studi su "I Riflessi Sociali del Mobbing"	Palermo	16/06/2004	
Marketing & Territorio: Attivazione delle comunità locali	Siracusa	19-20/06/2004	SI
Etica e Deontologia della Professione di Psicologo	Palermo	27/07/2004	
4° incontro del ciclo di Seminari di studi su "I Riflessi Sociali del Mobbing"	Palermo	16/09/2004	
Gli aspetti organizzativi della Professione di Psicologo	Palermo	17/09/2004	



**2° Congresso Regionale degli Psicologi Siciliani
"Progettare e Costruire il Benessere"
Acireale (CT) - 27/28 Maggio 2004**

**Relazione introduttiva:
IL CONTRIBUTO DEGLI PSICOLOGI
ALLO SVILUPPO DELLA SICILIA**

**Fulvio Giardina
Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia**

**Si ringrazia per la preziosa collaborazione la dottoressa Alessia Magnano*



Autorità, colleghe e colleghi,
Grazie per la vostra presenza e partecipazione, grazie per il sostegno e la vicinanza che avete dimostrato in questi anni.

Ci ritroviamo dopo circa otto anni al nostro secondo congresso, luogo di incontri e di dibattiti, di verifiche e di speranze.

Ringrazio il presidente che mi ha preceduto, Cettina Xibilia, che ha avviato il non facile inizio della nostra vita ordinistica.

In questo lungo periodo siamo cresciuti, non soltanto dal punto di vista meramente numerico: siamo oltre 2.700 iscritti. Ma direi anche dal punto di vista culturale, sociale, professionale (fig. 1 e 2).

In altre parole, la progressiva crescita quantitativa della nostra professione in Sicilia ha determinato in maniera direttamente proporzionale uno sviluppo articolato e differenziato delle attività che caratterizzano lo psicologo.

Attività che appena qualche anno fa non rientravano affatto nella dimensione progettuale del giovane psicologo: indicatori di una forte dose di creatività e di flessibilità, attuate in un limitato lasso di tempo, difficilmente riscontrabili in altri ambiti lavorativi.

Certamente, e molti colleghi lo testimoniano, questa crescita non ha corrisposto in maniera proporzionale ad uno assestamento occupazionale: molti giovani iscritti ancora trovano notevole difficoltà a far confluire la loro ricca progettualità in un ritorno economico decoroso.

Però - ed è paradossale - gli psicologi siciliani, il cui numero è ancora ben al di sotto del rapporto di 1 ogni 1.000 abitanti, che invece caratterizza i paesi del nordeuropa, sono già parte attiva nella nostra società.

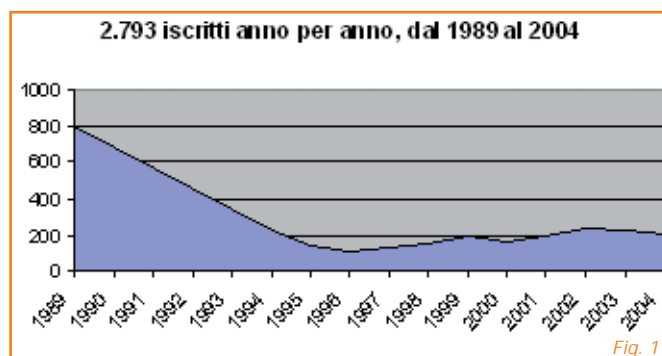
Non vi è ancora un parametro quanto mai oggettivo per valutare il numero di professionisti psicologi che possano operare all'interno di un contesto territoriale.

Questo numero può essere indicativo per il soddisfacimento di bisogni sempre più sofisticati dei cittadini, ma

senza alcun dubbio può essere letto ed analizzato, insieme ad altri parametri, quale indicatore del processo di sviluppo della nostra regione in termini di qualità della vita.

Benessere è un termine vasto, al quale in genere si fa riferimento per indicare uno stato prospero di salute e di vigore fisico, una florida condizione economica, il miglioramento complessivo della qualità della vita, spesso associato ad immagini di spensierata evasione.

Credo infatti che le professioni non siano avulse dal loro radicamento nel territorio di riferimento, anzi, alla pari delle parti sociali e dei rappresentanti delle categorie produttive ed imprenditoriali, debbano offrire il loro contributo allo sviluppo del paese.



Infatti, ed è bene ribadirlo, la nostra professione non è semplicisticamente afferente all'area delle libere professioni intellettuali, ma - proprio per le intrinseche specificità che le competono - è legata alle reti dei servizi che una pubblica amministrazione, moderna ed europea, deve fornire ai cittadini.

Il mio intervento di oggi è mirato ad offrirvi alcuni parametri affinché si possa cogliere con maggiore forza ed incisività il necessario ed indispensabile contributo che gli psicologi sono chiamati a dare: il profilo demografico, gli stili di vita, lo stato di salute, gli aspetti economici e quelli

sociali, la scuola ed il disagio giovanile.

La Sicilia è la quarta regione italiana per popolazione. Siamo quasi cinque milioni di abitanti (4.968.991), su un territorio di 25.707 kmq, con una densità lievemente superiore alla media nazionale (193 abitanti per kmq), distribuita in 390 comuni.

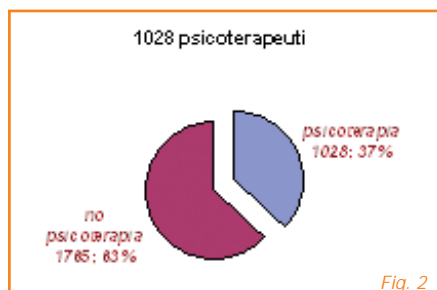


Fig. 2

Lo spazio siciliano è caratterizzato da un netto dualismo tra aree costiere e zone interne, con poche e fatiscenti infrastrutture. La Sicilia con i suoi 25.710 Km² di territorio è l'isola di maggiori dimensioni del Mediterraneo ed unitamente alle isole minori di Ustica, Pantelleria e agli arcipelaghi delle Eolie, Egadi e Pelagie, è la regione italiana di maggiori dimensioni. Il territorio è caratterizzato prevalentemente da aree di collina, che incidono per il 61%, mentre le zone di montagna costituiscono il 25% e le aree di pianura si estendono per il restante 14% del totale.

Per la sua posizione di isola al centro del Mediterraneo (3 km dall'Europa continentale e 130 km dall'Africa) e di punto chiave degli interessi geo-politici, la storia della Sicilia è stata influenzata dalle innumerevoli dominazioni e culture che, a partire dall'antichità classica, hanno di fatto lasciato tracce ben visibili anche a livello culturale ed architettonico (ricade nel territorio regionale il 50% del patrimonio dei beni culturali nazionali catalogati).

Le condizioni generali di vita in Sicilia sono profondamente cambiate in quest'ultimo decennio, con un lieve miglioramento complessivo. Però oggi la verifica del livello della qualità della vita dei siciliani deve essere effettuata in sintonia con quanto oggi avviene nell'Unione Europea: viviamo di fatto in una regione del nuovo stato che si chiama "Unione Europea". È necessario saper leggere il contesto, analizzare i bisogni dei nostri utenti, attivare quel percorso di cambiamento e di

miglioramento della qualità della vita.

La nostra attenzione professionale è rivolta all'intera nostra regione, della quale siamo orgogliosi cittadini, desiderosi di partecipare in prima persona a questo percorso di sviluppo. Non possiamo negare che fino a qualche anno fa la Sicilia si poneva all'attenzione della collettività nazionale ed internazionale per terribili fatti di sangue legati alla mafia.

L'importanza delle attività rurali nel prevenire il dissesto idrogeologico è tuttora rilevante, se si pensa ai fenomeni di desertificazione provocati dall'abbandono delle terre in alcune aree interne, ed è affidata in Sicilia ad un numero di aziende agricole tuttora operanti che è uno fra i più alti fra le regioni italiane (nel 2000 n. aziende 366.948).

L'agricoltura siciliana è, con quella pugliese, la più produttiva del sud e anche nella graduatoria nazionale si colloca ormai al secondo posto dopo quella emiliana, superando Lombardia e Veneto. Un settore trainante è la viticoltura (14% del raccolto nazionale). La Sicilia produce poi il 65% degli agrumi italiani. Altro settore di specializzazione del comparto primario è la pesca: 27,5% della flotta da pesca italiana.

La Sicilia è stata progressivamente dotata di una potente industria dell'energia, che oggi presenta una forte area di criticità, dovuta ad una graduale e costante riduzione sul piano economico e lavorativo. Altra importante risorsa è il turismo. Il vasto patrimonio storico, artistico e culturale, il clima favorevole e la varietà paesaggistica e dei litorali, con oltre 1.400 Km di costa, rappresentano fattori di costante crescita per l'industria turistica siciliana e fanno della Regione un'ambita destinazione turistica. Nel 2001 la Sicilia ha, infatti, registrato un incremento delle presenze turistiche (+2,4 % rispetto al 2000), da imputare soprattutto all'aumento dei visitatori stranieri (+6,1 %) (fig.3).

Invece nei primi sette mesi del 2002 si è registrata in Sicilia una contrazione del numero complessivo di visitatori che, rispetto allo stesso periodo del precedente anno, ha mostrato una variazione negativa del 2,3%. Tale decremento è stato prevalentemente determinato da una

contrazione delle presenze straniere (-5,9%) nella regione.

È cresciuta, invece, la mobilità dei turisti italiani (+0,5%) i quali rappresentano il 57,3% del movimento turistico che complessivamente ha interessato la Sicilia nel corso dei primi sette mesi del 2002.

La ridotta mobilità turistica rilevata in Sicilia è probabilmente il risultato della flessione internazionale che ha preso il via nell'ultimo trimestre del 2001, quando i flussi provenienti dall'estero hanno subito una notevole contrazione smorzando i ritmi sostenuti che si erano osservati nel periodo precedente l'attacco terroristico dell'11 settembre.

In generale, si può affermare che la Sicilia risulta essere una delle isole maggiormente preferite dagli italiani, ma attrae ridotti flussi turistici rispetto alle sue effettive potenzialità, soprattutto per quanto riguarda i flussi di origine straniera.

Le cause identificate per spiegare le limitazioni legate al turismo sono varie ed imputabili prevalentemente alla carenza strutturale e gestionale delle reti di comunicazione, l'inadeguatezza del sistema di accoglienza, e soprattutto la carenza formativa degli operatori coinvolti.

In tale senso, si ritiene che un notevole apporto all'industria del turismo potrebbe derivare da una maggiore presenza della figura professionale dello psicologo.

L'indagine e la ricerca psicologica nell'ambito del turismo apre nuove acquisizioni e prospettive di riflessioni che ne favoriscono il progresso e lo sviluppo.

Fra i vari ambiti di studio della psicologia del turismo si possono citare:

- la questione dell'extra territorialità;
- il significato e le motivazioni della "vacanza";
- la psicologia dell'ambiente e l'identità sociale;
- handicap e turismo;
- il turismo come fattore di progresso;
- metodi e tecniche di analisi della "customer satisfaction" nel servizio turistico.

La promozione della salute e della qualità della vita è un obiettivo che può essere raggiunto solo attraverso il coinvolgimento di tutta la comunità e il passaggio "dalla sanità alla salute" può

essere indicato come passaggio da una sanità concepita come problema individuale, che riguarda soprattutto la singola persona di fronte all'evento malattia, alla salute come obiettivo dell'insieme dei cittadini, di una comunità che si organizza in modo da garantire a ogni cittadino l'espressione piena delle proprie potenzialità fisiche, psichiche e sociali.

In tal senso, un confronto sullo "stato di salute" della Regione Sicilia con il resto del paese rappresenta un



Fig. 3

importante momento di riflessione sugli stili di vita e le abitudini dei siciliani e rappresenta il primo passo da compiere per progettare e costruire il benessere.

Fotografare lo stato di salute significa esaminare non solo la crescita media della popolazione o i tassi di mortalità dovuti alle malattie più diffuse, ma analizzare l'assistenza medica-ospedaliera e farmaceutica, l'assistenza materno infantile e quella degli anziani, identificare i principali fattori di rischio per la salute, l'incidenza su quest'ultimi di determinanti socioeconomici, l'aumento del tasso d'infortuni sul lavoro, il livello di soddisfazione dei cittadini, l'eventuale aumento di atti suicidari, il tasso di scolarizzazione, tasso e tipologia della criminalità giovanile.

L'idea di benessere in questi ultimi anni si è scontrata con una realtà non certamente positiva. Le famiglie siciliane, in maggiore numero rispetto a quelle italiane, segnalano le situazioni di maggiore difficoltà di accesso - paradossalmente - anche a servizi di base, quali il pronto soccorso, le forze dell'ordine, gli uffici comunali e i supermercati.

Altro elemento che fa riflettere è il distacco dei siciliani, rispetto a quanto si rileva in Italia, da impegni sociali e di volontariato, che sono legati intrinsecamente ai valori della solidarietà e della sussidiarietà, che hanno caratterizzato in passato la nostra società.

Nel 2002 in Sicilia è stato rilevato uno scarso impegno sociale, che si manifesta con una bassa partecipazione dei cittadini alle attività sociali e di volontariato, quali:

- attività gratuite di assistenza nell'ambito di associazioni di volontariato: il 5,6% della popolazione di 14 anni e più, contro l'8,0% dell'Italia;
- partecipazione a riunioni in associazioni culturali: il 5,9% contro il 7,6% dell'Italia;
- contributi economici versati per gli scopi di una associazione: il 6,3% dei siciliani di 14 anni e più, contro il 15,2% degli italiani;
- partecipazione a riunioni di associazioni: il 5,9% dei siciliani, contro il 7,6% degli italiani.

I traumatismi intracranici e gli incidenti stradali sono tra

le principali cause di morte precoce. Sebbene il processo di invecchiamento investe tutte le regioni d'Italia, in Sicilia l'entità di tale processo risulta più modesta (sebbene in crescita annuale l'indice di vecchiaia nel 2001 è 92,8 %, terza ultima regione in Italia).

La Sicilia si conferma come una fra le regioni più prolifiche d'Italia con l'indice di fecondità di 1,4 per la Sicilia, in raffronto del 1,2 per l'Italia.

Nel 2002 in Sicilia il numero dei nati vivi è stato 51.234, quello dei morti 46.088, con un saldo naturale di 5.166 unità, a fronte di un saldo negativo in Italia di -19.195.

I matrimoni in Sicilia nel 2002 sono stati 26.823, pari a 5,4 per 1.000 abitanti (in Italia il rapporto è stato invece di 4,7), dei quali l'81,5% religiosi ed il 18,5% civili, a fronte del 71,9% e del 28,1% in Italia.

Un altro importante aspetto sociale della nostra popolazione sul quale vale la pena di soffermarsi riguarda il ripristino dell'equilibrio dei flussi migratori.

Se fino al 2000 in Sicilia si contavano tre persone meno ogni mille residenti, arrecando alla collettività una grave perdita in termini di risorse economiche e culturali (ad emigrare in genere sono giovani, spesso diplomati e laureati), nel 2002 si verifica una inversione di tendenza che riporta il saldo migratorio a valori positivi.

In Italia, la speranza di vita alla nascita è cresciuta dal 1999 al 2002, passando da 75,8 anni per gli uomini e 82 per le donne, rispettivamente a 76,8 e 82,9; la mortalità generale è diminuita, mentre il numero dei decessi tende ad aumentare in corrispondenza delle classi di età oltre gli 85 anni.

In Sicilia la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 76,9 e per le donne a 81,8; la prima causa di morte (dopo 70 anni) sono le malattie del sistema circolatorio, la seconda i tumori (fasce intermedie fino a 70 anni).

Questo sviluppo demografico determina purtroppo un dato preoccupante riferito al tasso di mortalità infantile, ancora troppo elevato rispetto alla media nazionale, con 7,2 per 1.000 nati vivi a fronte di un 4,9 in Italia.

La cultura della maternità ha caratterizzato e caratterizza ancora lo stile di vita della donna siciliana, legata a profondi e condivisi valori tradizionali (vedi, ad esempio, il maggior numero dei matrimoni religiosi rispetto all'Italia).

I Consulenti Familiari hanno contribuito all'adeguamento di questi valori tradizionali alle nuove esigenze della famiglia, nella quale la donna ha assunto un ruolo sempre più decisivo.

L'assistenza alle donne in gravidanza è un parametro per valutare sia lo sviluppo sociale e culturale legato alla gravidanza ed al parto, sia l'impatto che questo ha sulle donne.

In Sicilia si registrano dati allarmanti dovuti all'elevato numero di parti cesarei.

L'Italia presenta valori nettamente superiori agli altri paesi dell'Unione Europea per quanto riguarda la frequenza di parti con taglio cesareo, la Sicilia valori raddoppiati!

In particolare, la maggior parte dei paesi europei comunitari - tra cui Francia, Germania, Spagna e Gran Bretagna - mostrano un'incidenza dei tagli cesarei simile (o inferiore) al prefissato 15% - 20%, mentre nel nostro paese tale percentuale è stata del 33,2% e addirittura del 42,4% in Sicilia, nel 2000.

Questa pratica sanitaria non corrisponde ovviamente ad oggettive esigenze diagnostiche (non è pensabile che quasi

il 50% delle donne siciliane, rispetto al passato, non sia in condizioni di partorire per vie naturali!), ma è frutto di una visione rigidamente medicale, meccanicistica, dell'evento parto, snaturando e svilendo la relazione madre/figlio.

Ciò determina anche un incremento ingovernabile della spesa sanitaria, che - assorbita da pratiche sanitarie non indispensabili - viene limitata verso il sostegno di altri settori strategici (anziani, assistenza ai malati oncologici, ecc).

È opportuno anche riflettere sul fatto che le donne siciliane in gravidanza sono più restie a modificare comportamenti ed abitudini potenzialmente di ostacolo ad una serena gravidanza e nocivi per il nascituro.

Se in Italia ben il 30 % delle donne fumatrici in gravidanza diminuiscono la quantità giornaliera di sigarette, in Sicilia soltanto il 12%, nonostante sia ben chiaro il rischio per il nascituro.

Non possiamo non rilevare con forte preoccupazione il tentativo di smantellare la storica tradizione dei consultori familiari siciliani, nei quali la prevenzione del disagio giovanile e il sostegno psicologico alla donna ed alla coppia erano il valore aggiunto rispetto ad altri servizi sanitari.

È uno smantellamento che contrasta con l'enfasi data nella programmazione sanitaria del Piano Triennale del 2000, che - nei fatti - viene regolarmente disattesa, nel momento in cui il consultorio familiare viene trasformato sempre più in ambulatorio specialistico di ginecologia con la complicità delle direzioni generali della A.S.L.

Non è giustificabile la scandalosa riduzione di organico degli psicologi nei consultori, tant'è che oggi sono in numero di appena 132 rispetto ai 193 consultori, con una copertura del 68%.

A fronte di una media nazionale di circa il 30%, nelle isole le donne che frequentano i corsi di preparazione al parto, che rappresenta un importante strumento di prevenzione per la salute, fisica e psicologica, della madre e del bambino, sono solo il 18,1%.

Il dato ancora più sconcertante è che il 28% delle donne, che non hanno partecipato ai corsi di preparazione al parto, dichiara di non averli potuti frequentare per mancanza di servizi disponibili.

E tutto ciò, nonostante le linee guida tracciate nel Piano Sanitario Regionale del 2000, che esaltano per l'appunto l'attività psicologica nei consultori.

Le principali attività del consultorio familiare riguardano:

- informazione sui diritti della donna in materia di tutela sociale della maternità;
- informazione sui servizi sociali, sanitari, assistenziali pubblici e privati operanti sul territorio sulle prestazioni e sulle modalità per accedervi;
- attività e consulenza sui temi della sessualità;
- assistenza sanitaria, psicologica e sociale inerente la procreazione responsabile, la consulenza e la somministrazione di contraccettivi, l'informazione e la consulenza sulla regolazione e il controllo della fertilità;
- assistenza sanitaria, psicologica e sociale inerente la tutela della gravidanza e della maternità e l'assistenza domiciliare al puerperio;
- assistenza sanitaria, psicologica e sociale per le donne e le coppie che chiedono l'interruzione volontaria di gravidanza, secondo le procedure di cui agli artt. 4 e 5 della Legge 194/78;

- consulenza per la diagnosi precoce dei tumori della sfera genitale e delle malattie a trasmissione sessuale;
- consulenza per le problematiche della pubertà e della menopausa;
- assistenza, al singolo e alla coppia, in riferimento a difficoltà di ordine sessuale e assistenza alla donna per problemi di violenza sessuale;
- assistenza psicologica e sociale al singolo, alla coppia e alla famiglia per difficoltà relazionali, per problemi di separazione e divorzio anche in riferimento alla consulenza sul diritto di famiglia;
- consulenza agli adolescenti;
- attività di informazione, di educazione alla salute e di preparazione al parto.

Sono numerosi i tentativi delle Direzioni Generali delle A.S.L. di assecondare le "brame direzionali" dei medici dei consultori, ma giammai si era passato ad un atto deliberativo, costruito su una errata ed illegittima interpretazione del Piano Sanitario Regionale.

Soltanto in tal modo la Direzione Generale dell'A.S.L di Enna, incurante dei reali bisogni dei cittadini, ha potuto emanare un atto deliberativo che ha estromesso gli psicologi dalla possibilità di essere responsabili dei consultori, limitandola esclusivamente ai dirigenti medici, come se il consultorio familiare fosse un mero ambulatorio ginecologico.

Abbiamo già impugnato tale atto deliberativo presso il Tribunale Amministrativo Regionale della Sicilia, e - anche se non è stata concessa la sospensiva per l'assenza di danni irreparabili - siamo più che certi che nel merito, come è già avvenuto per la direzione dei Ser.T e dei Distretti Sanitari, avremo ragione .

L'analisi dei dati sugli stili di vita e i comportamenti dei siciliani ha messo in rilievo alcune caratteristiche che si contrappongono al concetto di salute. Ad esempio, la Sicilia vanta il primato della sedentarietà rispetto al dato nazionale, è la regione più sedentaria d'Italia.

Mentre nel resto del paese il 34% degli uomini e il 46% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero, in Sicilia tale valore sale rispettivamente al 48% degli uomini e al 65% delle donne. Quest'ultimo risultato è peraltro confermato dal fatto che in Sicilia il problema dell'obesità assume particolare rilievo.

Mentre in Italia il 18% degli uomini e il 22% delle donne sono obesi, nella nostra regione la prevalenza sale rispettivamente al 23% degli uomini e il 34% delle donne.

Per quanto riguarda i determinanti socioeconomici della salute, è ben noto che le disuguaglianze e le disparità in questa area colpiscono i più poveri e le cosiddette "utenze deboli", e cioè quei cittadini che non posseggono alcuna concreta informazione sugli eventuali rischi e condizioni limitative cui possono andare incontro.

I soggetti colpiti da queste nuove povertà costituiscono una lunga lista di svantaggiati (i giovani, i vecchi, le donne, i malati cronici, i detenuti, gli immigrati, le prostitute, i rimpatriati) per i quali evidentemente già si registrano, o sono da attendersi, peggiori condizioni nello stato di salute.

Negli ultimi anni assistiamo ad un fenomeno che si estende all'intero paese, ovvero un'attenuazione delle tradizionali differenze geografiche e culturali e un aumento di quelle razziali e di censo.

In ambito di spesa sanitaria, per quanto riguarda le strutture e attività degli Istituti di Cura, in Italia rispetto al 1999 è diminuita ulteriormente l'offerta di posti letto ordinari da 280.438 a 268.524.

In termini di dotazione media per 1.000 abitanti, i posti letto ordinari passano da 4,9 nel 1999 a 4,6 nel 2000.

Questa diminuzione interessa in particolare le regioni del mezzogiorno, dove la dotazione ospedaliera era già significativamente più bassa della media italiana.

Alla contrazione dei posti letto corrisponde un'ulteriore riduzione anche dei ricoveri in regime ordinario. Il tasso di ospedalizzazione presenta in Sicilia i valori minimi 1,9 per mille (Italia 5,7). In Sicilia sono attivi 20 Istituti di Cura tra Aziende ospedaliere ed Universitarie, distribuite nelle province nel seguente modo: Agrigento 2, Caltanissetta 2, Catania 5, Enna 1, Messina 3, Palermo 4, Ragusa 1, Siracusa 1, Trapani 1, cui si aggiungono i numerosi presidi ospedalieri delle A.S.L.

La dotazione di personale medico rispetto alla popolazione residente al Nord e nelle aree meridionali risulta prossima alla media, pari a 1,9 ogni 1.000 abitanti, mentre è più elevata al Centro (2,3). I medici ogni 100 posti letto ordinari sono 41,8 a livello nazionale, salgono a 43,9 al Centro e al Sud, mentre sono 39,5 al Nord.

Ed è paradossale, ma, dinanzi ad un rilevante aumento dei medici negli ospedali siciliani rispetto a quelli italiani, gli psicologi risultano essere appena 18 (DICIOTTO), e cioè pari ad un numero per 1.000 posti letto così piccolo che è impossibile da calcolare!

Per il personale sanitario ausiliario il quadro invece è abbastanza diverso, con una dotazione nel Mezzogiorno piuttosto bassa sia in relazione alla popolazione che alla dotazione strutturale degli ospedali.

Sono dati che ci costringono ad una riflessione amara, perché nonostante la presenza dei medici nelle strutture sanitarie sia la più elevata, in termini numerici, d'Italia, non si sono affatto arrestati i viaggi della speranza, né è parimenti elevato il soddisfacimento da parte degli pazienti.

Ed è proprio questa cultura della medicalizzazione che, mascherata da apparente efficacia ed efficienza in merito ai problemi di salute dei siciliani, ostacola il coinvolgimento degli psicologi all'interno del pianeta "sanità".

Se oggi sono circa 500 gli psicologi impegnati nel SSN, è realistico ipotizzarne almeno il doppio, sia nelle aziende territoriali che in quelle ospedaliere, al fine di poter contribuire al benessere dei pazienti, che è legato soltanto in parte al mero intervento medicale.

Proprio in questi giorni la Società Italiana di Medicina Interna ha diffuso dei dati di grande preoccupazione, denunciando che tra i ricoverati negli ospedali siciliani si segnala ben il 46% di condizione depressiva e di sofferenza psicologica.

In altre parole, la politica sanitaria siciliana si caratterizza per troppi medici, pochi infermieri, qualche psicologo!

Un altro importante dato allarmante della Sicilia riguarda il livello d'istruzione.

La popolazione scolastica siciliana della scuola elementare e media, nell'anno 2002/2003, è diminuita rispettivamente del 2,7% e dell'1,1% rispetto all'anno scolastico precedente; invece nella scuola materna il numero degli alunni è aumentato di 781 unità (+ 0,7%).

Nelle scuole secondarie superiori, nell'anno scolastico

2002/03, si è verificato un incremento degli alunni iscritti del 3% circa. Le scuole secondarie più frequentate sono gli istituti tecnici, in cui è concentrato il 35% degli studenti, quindi gli istituti professionali con il 22,5% ed i licei (scientifico, classico ed artistico) con il 30,6% di allievi.

Il tasso di scolarità, calcolato come rapporto tra gli iscritti alla scuola superiore e la popolazione dei giovani tra i 14 ed i 18 anni, è nettamente inferiore (85,8 Sicilia) al dato nazionale (89,8 Italia).

È facile intuire come quest'ultimo dato sia correlato ad un aumento del disagio giovanile, che spesso rappresenta un importante fattore di rischio per la devianza e la criminalità minorile.

Non a caso tale fenomeno, mentre nel resto del paese è per la gran parte riferibile ad una condizione di disintegrazione e deprivazione sociale e culturale dei giovani immigrati extracomunitari, in Sicilia è invece imputabile ad una condizione endemica di sofferenza sociale.

Nel 2001 in Sicilia soltanto il 3% delle denunce alla Procura della Repubblica è stato determinato da giovani stranieri, il 97% da giovani siciliani.

In Sicilia, tra 1999 e il 2000 si è registrato un aumento del numero di denunce alle Procure della Repubblica pari al 68%, a fronte di una riduzione dello stesso in tutte le Regioni Italiane. L'analisi regionale per il Sud e le Isole, ha fatto emergere che la maggior parte dei delitti denunciati sono stati commessi, in Campania, Puglia e Sicilia.

Nel 2001, in Sicilia il numero di denunce alle Procure della Repubblica presso i Tribunali per i minori è stato 4.741, delle quali 4.600 ha riguardato minori italiani, 141 minori stranieri.

Considerando la nazionalità dei minori, emerge dunque che la componente straniera con problematiche di integrazione sociale sia più consistente al Centro e al Nord, dove, in media, nel 2001, il 32% dei reati denunciati alle Procure per i minorenni risulta essere ascritto ad un minore straniero (39% nel 1999 e 33% del 2000); per il Sud e le Isole, la media percentuale è pari all'8% (9% nel 2000).

È importante sottolineare che la Sicilia si caratterizza negativamente anche per il tipo di reato commesso dai minori: i reati contro la persona hanno un'incidenza maggiore al Sud e nelle Isole rispetto al resto dell'Italia.

Questo risultato corrisponde al fatto che al Sud dell'Italia i ragazzi sono più coinvolti in organizzazioni criminali e pertanto sono portati a commettere delitti differenti da quelli tipici della criminalità minorile, che sono soprattutto reati contro il patrimonio.

Per ciò che concerne le caratteristiche dei minorenni denunciati nel 2001, a Palermo ben il 93% sono di sesso maschile, contro il 63% di Roma ed l'85% di Milano e Torino.

Questo breve e sintetico spaccato della nostra regione deve essere un punto di partenza, innanzi tutto per noi, per gli psicologi siciliani, che dovranno e sapranno progettare un percorso di miglioramento, coerente con i bisogni emergenti dei nostri concittadini.

Dovrà essere un punto di partenza per la classe politica, che non può ignorare una delle più complete professionalità a servizio di tutti i cittadini, che non potrà far riferimento alla endemica mancanza di finanziamenti.

Soltanto con una forte cultura dell'appartenenza professionale saremo in grado di rappresentare la nostra professione e di migliorare il mondo che ci circonda.

CONFERITA LA LAUREA "HONORIS CAUSA" IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE AL PROF. ALBERT BANDURA DELLA STANFORD UNIVERSITY

"Laudatio" del Preside Prof. Santo Di Nuovo in occasione del conferimento della laurea Honoris Causa dell' Università di Catania al Prof. Albert Bandura.

Magnifico Rettore, gentili colleghi, studenti, signore, signori, oggi la nostra Università attribuisce ad uno psicologo, uno dei più eminenti psicologi in attività, la laurea in scienze dell'educazione.

Ci sono due modi di intendere rapporti e consonanze tra queste discipline, psicologia e scienze dell'educazione, diverse eppure connesse. Uno è che la psicologia fissa i principi dello sviluppo, dell'apprendimento, della motivazione e della personalità, e l'educazione applica questi principi alle situazioni concrete. O al contrario, l'educazione stabilisce gli obiettivi formativi e la psicologia trova presupposti e metodo perché questi principi siano applicati nel modo migliore.

Ma è possibile che alcuni modelli teorici (e le applicazioni che ne derivano) siano al tempo stesso, e di per se stessi, sia psicologici che educativi? E ancora: quanto deve essere originale questo modello teorico per giustificare la sua essenzialità in entrambe le discipline?

L'originalità deve essere collegata alla ampiezza del modello, cioè alla possibilità che esso sia generalizzato ad ambiti diversi e possa indurre cambiamenti significativi in tutti questi ambiti.

Ci sono modelli altamente originali, ma poco estensibili; ce ne sono invece che sono risultati applicabili a diverse condizioni e a diversi contesti. Con riferimento al campo della psicologia, penso a modelli quali:

- la possibilità di interpretazione dell'inconscio;
- il valore motivante del rinforzo;
- il principio gestaltico del tutto diverso dalla somma delle parti;
- il principio di equilibratura tra assimilazione e accomodamento nella teoria piagetiana;
- gli assiomi fondamentali della comunicazione.

Il modello dell'auto-efficacia proposto ormai tanti anni fa da Albert Bandura è uno di quelli la cui originalità ed ampiezza è dimostrata dalla molteplicità di settori in cui ha trovato verifica empirica e utilità pratica.

Alla definizione di questo modello Bandura è arrivato dal superamento del determinismo unilineare tipico del comportamentismo, cui inizialmente aveva aderito, secondo cui lo stimolo produce una risposta che può essere studiata e compresa a prescindere dalle mediazioni interne dell'organismo (cognitive, affettive, biologiche) e dai feedbacks che provengono all'agente della risposta da parte dell'ambiente.

Il principio del "determinismo reciproco" - in cui invece tutte queste causazioni vengono riconosciute e valorizzate apre la porta al costrutto dell'auto-efficacia come capacità della persona di influenzare autonomamente gli eventi.

Questo principio si innesta sui costrutti che erano ormai bene affermati nella psicologia, quelli di immagine, rappresentazione e stima di sé.

L'immagine del Sé è la percezione che un individuo ha di se stesso, del proprio stato fisico e interiore, in un particolare momento ed in una specifica situazione.

La rappresentazione di Sé, invece, comprende le percezioni e valutazioni che il soggetto ha delle proprie caratteristiche personali stabili e del modo in cui esse si pongono

in rapporto con oggetti e persone della realtà esterna.

Attraverso l'interazione sociale l'individuo sviluppa la rappresentazione di Sé e il sentimento della propria identità. La consapevolezza di sé ha origine in quanto vediamo di noi stessi riflesso dagli altri. La ricerca della propria identità avviene attraverso un divenire faticoso e sovente conflittuale, e presuppone lo sforzo che ciascuno compie per l'autonomia, per essere cioè se stesso in quanto distinto dagli altri, originale e personalizzato.

La rappresentazione di sé è, quindi, un insieme strutturato di elementi di informazione significativi ricevuti dagli altri e contemporaneamente costruiti dall'individuo a proposito di se stesso. È un'organizzazione di tratti, di qualità, di caratteristiche che l'individuo attribuisce al suo essere nel mondo.

Conseguenza essenziale di questa organizzazione è la stima di sé. Essa scaturisce dal rapporto tra il sé percepito e al sé ideale:

- il sé percepito equivale al concetto di sé, una visione oggettiva di abilità, caratteristiche e qualità presenti o assenti;
- il sé ideale è l'immagine della persona che si vorrebbe essere, aperta alle possibilità di divenire futuro.

Quanto più alto è il divario tra il sé percepito ed il sé ideale, tanto più è bassa l'autostima.

Questa autostima può essere realistica ed adeguata, adattata o resistente all'ambiente, rigida o plastica in relazione alle esperienze vissute.

Il rapporto fra le concettualizzazioni del Sé e il rapporto col mondo esterno sottende le autoattribuzioni, cioè le spiegazioni che una persona fornisce riguardo ai risultati delle proprie azioni. Le attribuzioni possono variare per "internalità", "stabilità", "controllabilità": se una persona ritiene che certi risultati positivi del suo comportamento siano dovuti alla sua abilità, avrà un sistema di attribuzione interna (riguarda se stesso), stabile (l'abilità è una caratteristica permanente di se stesso), ad alta controllabilità (attraverso la propria abilità si è in grado di controllare gli eventi).

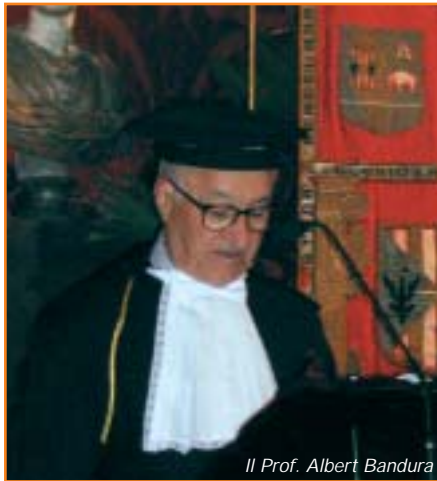
Nel modello proposto da Bandura, il senso di autoefficacia è appunto una auto-attribuzione, riferita alla convinzione nelle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessario a gestire adeguatamente le situazioni che si incontreranno, in modo da raggiungere i risultati prefissati.

Le convinzioni delle persone riguardo la propria efficacia possono avere origine da diverse fonti: le esperienze di gestione efficace, l'esperienza vicaria, fornita dall'osservazione di modelli; gli stati emotivi e fisiologici. Riguardo a questi ultimi, spesso le reazioni di stress e la tensione vengono interpretati come segnali che fanno presagire cattive prestazioni; migliorare le condizioni fisiche, ridurre la propensione allo stress e ad emozioni negative e correggere le interpretazioni scorrette delle condizioni corporee può modificare le convinzioni di efficacia.

Le convinzioni di efficacia regolano il funzionamento umano attraverso processi che sono insieme cognitivi, motivazionali, affettivi.

Sempre secondo Bandura, la fiducia che le persone hanno circa le proprie capacità di gestione efficace determina, oltre alla motivazione, anche la quantità di stress e depressione che provano in situazioni rischiose o difficili.

L'autoefficacia percepita nel controllo degli stressor (eventi capaci di provocare una reazione psicobiologica di stress) riveste un ruolo preponde-



Il Prof. Albert Bandura

rante nell'insorgenza dell'ansia: le persone che considerano i pericoli come inaffrontabili vedono molti pericoli nel loro ambiente, indugiano a considerare i propri limiti, amplificano la gravità dei pericoli possibili e temono eventualità che raramente si verificano.

Invece, anche quando sono sottoposti agli stressor ambientali, coloro i quali credono di poterli gestire adeguatamente restano più sereni. L'esercizio del controllo sulle ruminazioni mentali e i pensieri disturbanti è un altro mezzo attraverso il quale le convinzioni di efficacia modulano l'insorgenza dell'ansia e della depressione. Le convinzioni di efficacia possono ridurre o eliminare l'ansia promuovendo modalità di comportamento efficaci, in grado di modificare l'ambiente facendolo diventare da minaccioso, sicuro.

L'umore e l'autoefficacia si influenzano reciprocamente in modo bidirezionale: un basso senso di autoefficacia circa la capacità di procurarsi ciò che nella vita conduce alla soddisfazione di sé e alla sensazione di valore personale dà luogo alla depressione e l'umore depresso, a sua volta, diminuisce la fiducia nella propria efficacia personale, in un circolo vizioso che porta ad una emotività negativa sempre maggiore e

all'incapacità a gestire le situazioni difficili della propria vita.

La percezione della efficacia che una persona ha rispetto ai compiti che deve svolgere, nella accezione che Albert Bandura ha precisato in tanti studi nel corso degli anni, è un costrutto sicuramente molto generalizzabile: può essere usato in tanti contesti diversi. Ne segnalo alcuni:

- Il contesto dell'apprendimento e dell'insegnamento. Gli studenti e i docenti dotati di auto-efficacia svolgono meglio il loro lavoro e riescono meglio in esso;
- la promozione della salute, in senso sia preventivo che terapeutico;
- lo sport e le abilità fisiche e atletiche, sia individuali che di squadra;
- il lavoro il management e l'organizzazione: è stato dimostrato che l'auto-efficacia migliora sia lo svolgimento del ruolo professionale sia la assunzione di decisioni organizzative;
- persino l'efficacia collettiva e politica, che rendono possibile il cambiamento culturale e sociale.

La percezione della efficacia, la sensazione di "potercela fare" da parte di individui e di gruppi in tutte queste situazioni, è un costrutto psicologico ma al tempo stesso genuinamente educativo, perché questa percezione non è innata e non si sviluppa automaticamente, ma va costruita nel corso dello sviluppo e quindi va educata, anzi è uno dei fulcri su cui l'educazione andrebbe costruita.

Ecco le ragioni per cui l'attività scientifica di Albert Bandura - ideatore e promotore del costrutto dell'auto-efficacia - risponde ai due criteri che enunciavo all'inizio: ha individuato un modello teorico che è estensibile ed applicabile a diversi contesti della vita sociale contemporanea, ed è al tempo stesso psicologico ed educativo.

Ecco le ragioni per cui siamo lieti ed onorati - su delibera unanime della mia Facoltà di Scienze della Formazione - di proporre la laurea honoris causa in scienze dell'educazione allo psicologo Albert Bandura.

Leggo le motivazioni formali espresse nella delibera del Consiglio di Facoltà di Scienze della Formazione nella seduta del 24 luglio 2003:

Albert Bandura, nato in Canada il 4 dicembre 1925, ha conseguito il B.A. nel 1949 nella Università British Columbia di Vancouver; il M.A. nel

1951 nella Università dello Iowa, e il Ph.D. nel 1952 nella stessa Università.

Attualmente è Professore di Social Science in Psychology alla Stanford University.

Ha ottenuto numerosi riconoscimenti scientifici, tra i quali si segnalano:

- Distinguished Scientist Award, Division 12, American Psychological Association, 1972.
- Distinguished Scientific Contributions Award, American Psychological Association, 1980.
- William James Award, American Psychological Society, 1989. Thorndike Award for Distinguished Contributions of Psychology to Education, American Psychological Association, 1999.
- Lifetime Achievement Award, Association for the Advancement of Behavior Therapy, 2001.
- Healthtrac Award for Distinguished Contributions to Health Promotion, 2002.

Ha già ricevuto diverse lauree honoris causa:

- University of British Columbia, 1979
- University of Lethbridge, 1983
- University of New Brunswick, 1985
- State University of New York, Stony Brook, 1987.
- University of Waterloo, 1990
- Freie Universität Berlin, 1990
- University of Salamanca, 1992
- Indiana University, 1993
- University of Rome, 1994
- Leiden University, 1995
- Pennsylvania State University, 1999
- Universität Jaume I, 2002.

È autore di 9 volumi tradotti in diverse lingue, tra cui Spagnolo, Portoghese, Francese, Tedesco, Italiano, Russo, Giapponese, Cinese, Coreano.

È inoltre autore 278 articoli o capitoli di volumi, alcuni dei quali in collaborazione con eminenti studiosi dell'Università Roma 'La Sapienza', due dei quali, il prof. GianVittorio Caprara e la prof. Tina Pastorelli, abbiamo il piacere di ospitare in questa sala.

Considerato il curriculum del prof. Albert Bandura, la eccezionale rilevanza dei suoi studi nell'ambito delle scienze psicologiche e dell'educazione, e la risonanza che egli ha acquisito in decenni di attività scientifica e didattica, la Facoltà di Scienze della Formazione di questa Università ha proposto il conferimento della laurea honoris causa in Scienze dell'Educazione.



iniziative dell'Ordine

Il Congresso Regionale: Progettare e Costruire il Benessere

Acireale 27-28 maggio 2004

Alessia Magnano - psicologo

Il 27-28 maggio 2004, si è svolto ad Acireale, presso il Centro Congressi "La perla Ionica", il 2° Congresso Regionale degli Psicologi Siciliani "Progettare e Costruire il Benessere".

Creare un contesto in cui condividere la propria esperienza professionale, favorire il rafforzamento della cultura dell'appartenenza, sono stati obiettivi prioritari di questo incontro. Gli psicologi sono stati invitati a rappresentare le loro esperienze, per contribuire all'obiettivo comune di progettare e costruire il benessere in Sicilia.

Un progetto di benessere non può che avere come punto di partenza la valutazione dello stato attuale di salute della popolazione. È importante conoscere le caratteristiche del territorio per comprendere i bisogni e saper leggere i contesti. In quest'ottica, è stato presentato un DVD, ideato dal presidente dell'Ordine F. Giardina, per mettere in luce alcuni dati, inerenti il profilo demografico, gli stili di vita, gli aspetti sociali ed economici, ponendo l'accento su alcune problematiche, che gravano in particolar modo sul territorio in cui più incisivo ed indispensabile risulta il contributo degli psicologi.

La criminalità minorile, l'assistenza alle donne in gravidanza, la cattiva gestione delle risorse del territorio sono state identificate come aree a più alto livello di criticità.

In Sicilia, infatti, si è registrata, negli ultimi anni, una crescita del fenomeno della dispersione scolastica e allo stesso tempo un aumento del numero di denunce alle Procure della Repubblica presso i Tribunali per i minori. Questi dati assai allarmanti, inducono a pensare alla presenza incombente di un forte disagio giovanile che non può essere ignorato e che è espressione di una condizione endemica di sofferenza sociale.

Il dato inerente l'assistenza alla donna in gravidanza, ha messo in risalto un numero troppo elevato di parti cesarei che, non trova giustificazione sul piano razionale, ma che probabilmente è espressione del prevalere della cultura medica negli ambienti della sanità siciliana.

Sul versante dell'economia, si è rilevato che, la Sicilia attrae ridotti flussi turistici rispetto alle sue effettive potenzialità, soprattutto per quanto riguarda i flussi di origine straniera. In tal senso, si ritiene che un notevole apporto all'industria del turismo potrebbe derivare da una maggiore presenza dello psicologo in veste di esperto nella gestione delle risorse umane.

Ampio spazio è stato poi dedicato all'analisi dello stato attuale della psicologia e alle sue prospettive future. A tal proposito, sono state presentate due ricerche sulla professione di psicologo in Sicilia. In particolare modo, Bosio ha

riportato un'indagine sul profilo attuale e le prospettive future degli psicologi siciliani, realizzata dall'Eurisko su un campione rappresentativo di 800 iscritti all'Ordine. Nonostante



sia emerso, in generale, un quadro professionale variegato ed eterogeneo, "il lavoro degli psicologi siciliani rimane prevalentemente collocato in ambito pubblico, regolato da forme contrattuali di dipendenza ed ancorato all'area della salute".

Per quanto riguarda, l'accesso alla professione, quest'ultimo è giudicato un momento difficile da una minoranza d'intervistati, in particolare le valutazioni sull'accesso al lavoro tendono a peggiorare presso i giovani. In media, il tempo di latenza tra la ricerca di un lavoro e il suo inizio dura 15 mesi.

In rapporto al futuro, gli psicologi siciliani risultano prevalentemente orientati in senso ottimistico. Paradossalmente, i professionisti che, attualmente, occupano una posizione più stabile e a maggiore reddito annuale, si considerano più scettici verso il futuro, rispetto a coloro i quali vivono maggiori difficoltà occupazionali.

De Carlo ha presentato una ricerca sui bisogni formativi degli psicologi siciliani effettuata in collaborazione con le Università di Padova e di Catania, su un campione di 167 uomini e 512 donne d'iscritti all'Ordine. Gli obiettivi erano ricostruire i percorsi formativi e lavorativi; rilevare l'attuale condizione professionale; analizzare i bisogni formativi; individuare le principali fonti della domanda di psicologia presenti in Sicilia. Anche in questo caso, risulta che tra i settori professionali prevalgono la psicologia clinica e la psicoterapia; la psicologia scolastica, la psicologia sociale, la psicologia del lavoro e delle organizzazioni rappresentano aree di maggiore spazio occupazionale per i giovani.

Per quanto riguarda il tipo di formazione, emerge che il 36,9% dei soggetti si è laureato con l'ordinamento quadriennale, il 63,1% con ordinamento quinquennale; il 74,8% è in

possesto di un titolo di formazione post-lauream, fra cui prevale la specializzazione in psicoterapia; l'82,7% intende acquisire in futuro un'ulteriore formazione post-lauream.

Quasi tutti gli psicologi sono concordi nel ritenere che sia l'Ordine l'ente preposto a certificare la qualità delle attività formative professionali.

Tre sessioni tematiche sulle aree: "aiutare lo sviluppo", "promozione della salute", "formazione ed intervento", hanno raggruppato le diverse esperienze e i contributi presentati.

Nella sessione "aiutare lo sviluppo" sono state presentate delle relazioni che hanno messo in luce il contributo della psicologia in ambito scolastico all'interno del quale si è evidenziato l'importanza della figura dello psicologo, sia nel processo formativo degli insegnanti, sia nella progettazione di ambienti propizi al benessere di alunni e docenti, sia nella prevenzione del disagio in età evolutiva. È stata poi posta l'attenzione sulla prevenzione di comportamenti di abuso di sostanze attraverso strategie di educazione e prevenzione della salute che estese dai soggetti più facilmente a rischio, all'intero territorio e comunità.

Si è parlato del contributo dello psicologo in ambito di abuso e maltrattamento dove sapere ascoltare i segnali del disagio e della sofferenza, rappresenta uno strumento indispensabile per fronteggiare il problema.

È stato evidenziato l'importante ruolo dello psicologo nel sostegno alle famiglie nelle varie fasi dei processi di adozione internazionali.

"Il colloquio motivazionale" è stato proposto come uno strumento innovativo per il trattamento del paziente tossicodipendente laddove riesce ad intervenire sull'assetto motivazionale dello stesso.

L'area della "promozione della salute" ha richiamato l'attenzione sull'importante ruolo che lo psicologo occupa nel mondo dello sport. Viene proposta la messa a punto di strumenti comuni nel campo dell'osservazione sportiva che permettano di acquisire dati utili non solo a migliorare la pratica

sportiva ma anche ad integrare l'attività tenendo conto delle specifiche caratteristiche individuali. Porre l'attenzione sulla evoluzione della strutturazione della personalità dell'atleta è indispensabile per la creazione di un armonico progetto di vita.

Promuovere la salute significa anche tenere in considerazione gli aspetti psichici oltre che fisici in ambito sanitario.

Basti pensare che, nel territorio, quasi la metà dei ricoverati negli ospedali, soffre di malessere depressivo per rendersi conto dell'urgente bisogno di una maggiore presenza degli psicologi.

Infine, nello spazio dedicato al tema della "formazione ed intervento", è stata messa in evidenza l'emergere di un'importante area della psicologia quella dell'emergenze. In tale ambito, oltre a gestire il trauma delle vittime di eventi catastrofici, la psicologia svolge un importante ruolo di prevenzione per i soccorritori. Quest'ultimi, infatti risultano particolarmente esposti a rischio di PTSD a causa dell'esposizione frequente ad episodi cruenti. Pertanto sia il supporto psicologico che la formazione assumono un ruolo chiave nella tutela della salute psicofisica dei soccorritori. Di contro è proprio in quest'ultimo contesto che si riscontra una maggiore carenza, rilevando l'assenza dello psicologo nelle azioni di soccorso.

In ultima analisi ciò che affiora, in modo palese è l'emergere, negli ultimi anni di nuovi spazi applicativi della psicologia che superano quelli più tradizionali della clinica e della psicoterapia e che nascono dall'esigenza di far fronte alle nuove emergenze sociali. Tuttavia, a queste necessità non corrisponde un aumento della richiesta di lavoro. Per dirla con Bosio "esiste una forte bisogno di psicologia ma raramente c'è una domanda di psicologia".

Tutto ciò porta a concludere che, se da un lato, risulta indispensabile, perfezionare la domanda, dall'altro bisogna migliorare la qualità della offerta puntando sulla formazione e su una maggiore fiducia in noi stessi come psicologi.



Il tavolo dei relatori

Convegno: Marketing e territorio: attivazione delle comunità locali

Siracusa 19-20 giugno 2004

Alessia Magnano - psicologo

Risorse e Competenze, Rete interna, Rete esterna, Progettazione: poche parole chiave per definire il "Marketing del Territorio". Tema sul quale si è ampiamente discusso nel corso del fine settimana siracusano dedicato ai lavori sul marketing e, che ha visto come principali protagonisti i maggiori esperti del campo.

Parlare di Marketing del territorio significa, innanzitutto, valorizzare antropologicamente il territorio oltre che geograficamente; attenzionare le caratteristiche immateriali e le risorse intangibili, puntare sulle "qualità latenti".

Il territorio è composto da varie parti: lo spazio geografico, la cultura locale, la storia, il patrimonio artistico, i prodotti tipici, ecc.. È l'insieme di queste parti che forma "l'identità delle comunità locali". Favorire l'integrazione delle istanze territoriali, "creare un marchio riconoscibile" (branding territoriale) rappresenta, secondo Olivero, uno strumento per promuovere una "identità forte e attraente". In tal senso, fare marketing del territorio significa porsi in un'ottica di promozione che equivale a dire "vendere il territorio"; individuare i punti di forza del prodotto territoriale, dando valore alle caratteristiche di unicità dello stesso; recuperare qualità e tradizione da promuovere formando; comprendere e soddisfare gli interessi collegati alle istanze territoriali degli attori (produttori e consumatori).

Appare chiaro, in prima istanza, che tutto ciò non può essere pensato senza il contributo delle discipline psicosociali.

In un mondo che cambia e si trasforma, in cui non c'è più un rapporto lineare tra reddito e potere d'acquisto, in cui lo sviluppo non è più continuo e la società non è più piramidale, cambia anche la valenza dei consumi. "Consumare non è solo effetto ludico ma ha anche un valore etico e morale". In questo mondo, sostiene Romano, la parola "fiducia" diventa un'importante risorsa intangibile. La fiducia è una componente essenziale delle relazioni poiché consente di stabilizzarle e renderle costanti nel tempo e ciò è importante all'interno dell'impresa in cui cambiare spesso le relazioni ha un costo rilevante.

La psicologia in quanto scienza sociale, è chiamata a

svolgere un importante ruolo di mediazione, d'integrazione fra i diversi processi che si articolano all'interno del sistema impresa. Emblematico, in tal senso, è l'esempio del sistema



I partecipanti al Convegno

sanitario che è un sistema a rete in cui ognuna delle parti è un mondo a sé: non c'è integrazione tra i processi fatti di vissuti e relazioni. Oltre alla integrazione, ribadisce Romano, c'è una funzione di pertinenza dello psicologo inerente la "costruzione" del dialogo con gli altri. Per comprendere l'altro bisogna acquisire il suo punto di vista attraverso uno sforzo metacognitivo che consenta di rappresentarsi l'altro come persona che pensa e prova sentimenti in maniera autonoma.

Bosio, in riferimento alle ragioni storiche del marketing territoriale, mette in luce una doppia tendenza, da un lato, l'emergere del territorio come soggetto attivo nella "produzione di valore" e, dall'altra, quella di rispondere alle tendenze competitive dei territori.

La nuova impresa punta alla ridefinizione delle logiche territoriali reimpostandosi come impresa di rete. La competitività dell'impresa è funzione della competitività dei contesti di riferimento. Anche la pubblica amministrazione sta rivedendo il territorio orientandosi verso una logica manageriale. Un territorio, gestito secondo una logica d'impresa, ragiona con obiettivi, strategie e risultati; acquisisce una logica di "Stile promotion" che segna il passaggio dal possesso delle risorse di ambiente (economiche, sociali, culturali) alla creazione di valore a partire dalle risorse.

In tale direzione, fare marketing del territorio significa costruire vantaggi competitivi attraverso il riconoscimento e la valorizzazione di risorse e competenze specifiche di un territorio; costruire una rete interna che consenta di riorganizzare il territorio integrando le varie parti; creare una rete esterna che favorisca gli scambi internazionali, la cooperazione, la competizione multi-locale.; infine, progettare a lungo termine per costruire un senso collettivo e per raccordare passato, presente e futuro.

Gli psicologi occupano un posto di primo piano per la realizzazione di un lavoro antropologicamente fondato.



I partecipanti al Convegno

Il Marketing del territorio richiama ancora l'attenzione sugli aspetti legati alla persona e al suo "valore" in quanto tale. Secondo la teoria della self efficacy di Bandura, l'individuo che si percepisce efficace avrà più facilità di relazione con gli altri e quindi di contribuire al raggiungimento di obiettivi comuni. Pedon, sottolinea quest'ultimo aspetto, presentando una ricerca di microterritorialità, volta a fare emergere il senso di autoefficacia percepita di una popolazione di commesse che lavorano nei discount e supermercati laziali di un grande gruppo di distribuzione.

Obiettivo della ricerca era quello d'identificare le determinanti del successo organizzativo e verificare il benessere organizzativo delle risorse umane coinvolte.

Contrariamente alle aspettative, dai risultati riportati è emerso che le commesse si percepiscono fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, capaci di suggerire cambiamenti ai loro capi, si ritengono indispensabili per il successo della loro azienda. La ricerca evidenzia come il benessere dei lavoratori e il senso di unione e condivisione delle strategie aziendali si associano anche alla crescita economica dell'organizzazione stessa.

D'impegno e spazi della persona parla De Carlo, proponendo un progetto innovativo di formazione individuale per la crescita e lo sviluppo della persona, definito "one to one management". Grazie a questo processo, il manager ha la possibilità di costruire occasioni di formazione specifica e personalizzata rivolta ai propri collaboratori. Questo metodo si colloca all'interno di un approccio che tende a valorizzare la persona e il suo sviluppo. La crescita della persona va perseguita nel tempo, attraverso l'integrazione tra conoscenza, studi e applicazioni. Lo sviluppo è un valore nella misura in cui aumenta la crescita della persona. Il "non sviluppo è non creazione".

Sulla creatività pone l'accento Kaneklin, aprendo un nuovo spazio di riflessione secondo cui la creatività è legata alla capacità di saper leggere i problemi. "Molto spesso si cade nel banale errore di dare per scontato qual è il problema". Bisogna innanzitutto chiarire, capire qual è il problema. Il "non creativo" significa stare dentro una visione amministrativa, cercare i problemi in funzione delle conoscenze tecniche che si possiedono. In questo modo si rafforza la quotidianità. Un lavoro sociale creativo significa rendersi sensibile alle problematiche.

Parlare di marketing del territorio, significa anche parlare di turismo. Gabassi, enfatizza gli aspetti del territorio legati al turismo e all'importante ruolo che lo psicologo svolge all'interno delle organizzazioni turistiche. È in tale ambito infatti che gli psicologi si trasformano da "gestori del malessere a gestori del benessere" per fronteggiare il grosso impatto che il fenomeno del turismo ha sul territorio e gestire in modo ottimale le risorse presenti. Qui, il termine della sfida è la "qualità". Compiti dello psicologo sono: portare a consapevolezza fenomeni o processi di qualità, esplicitare; monitorare la qualità percepita e organizzata; creare una cultura della qualità; formare le risorse umane e la leadership; formare alla comunicazione organizzativa, alla gestione dei gruppi; diagnosticare i climi, le aspettative, le motivazioni; modificare atteggiamenti nei confronti dell'ambiente.

Oltre alla "qualità positiva" (soddisfazione) e "qualità

negativa" (insoddisfazione) bisogna attenzionare la "qualità latente". I paesi emergenti dal punto di vista turistico puntano sulla "qualità latente".

Sempre in tema di qualità, caratteristico appare il profilo che emerge nel nostro paese in cui è presente un alto livello di "qualità hard" (ambiente) e un basso livello di "qualità soft" (servizi).

Risulta abbastanza evidente che una operazione di marketing del territorio rivolta ai soli elementi materiali, aspetti geografici del territorio non è sufficiente. Bisogna puntare alle risorse immateriali come cultura, storia, conoscenza, relazione, fiducia, sviluppo. L'immaterialità attiene alla qualità dei processi formativi, alla qualità dei servizi socio sanitari, alla qualità della ricerca intervento. La scuola, afferma Licciardello, è un esempio d'immaterialità poiché forma all'incertezza e al problem - solving.

ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE SICILIANA

IL PRESIDENTE
dott. Fulvio Giardina

prot. 587/03

Palermo, 5 Novembre 2003

*Agli Illustrissimi Presidenti delle Corti d'Appello della Sicilia
Agli Illustrissimi Procuratori Generali della Repubblica presso
le Corti d'Appello della Sicilia
Agli Illustrissimi Presidenti dei Tribunali della Sicilia
Agli Illustrissimi Procuratori della Repubblica della Sicilia*

Pongo alla attenzione delle Signorie Loro quanto segue, nell'interesse della categoria professionale che mi onoro di rappresentare.

È stato infatti segnalato che, con una certa frequenza, presso i Tribunali e presso le Procure della Repubblica della Sicilia vengono affidati incarichi di consulenza e di perizia psicologica a non iscritti all'Ordine degli Psicologi. Mi permetto rispettosamente di segnalare che l'attività di consulenza e di perizia psicologica, che prevede in ogni caso l'uso di strumenti conoscitivi e diagnostici propri della scienza psicologica nel momento in cui il Consulente o il Perito formula la risposta al quesito posto, rientra tra quelle disciplinate dalla Legge 18/02/1989, n. 56 "Ordinamento della professione di psicologo".

All'interno degli uffici giudiziari non è per niente immaginabile che l'incarico di consulenza medica per accertare la gravità di una lesione possa essere affidata ad un consulente non medico, così come non è affatto immaginabile che la consulenza per verificare la stabilità di un edificio possa essere affidata ad un non ingegnere o ad un non architetto, e così via. Invece sembrerebbe che, quando si tratta di consulenze o perizie psicologiche, la competenza richiesta non sia quella determinata e definita all'interno di una professione regolamentata dalla legge, ma sia invece estendibile a tutti coloro che ne posseggano un alone, una parte, avendo studiato qualche materia di psicologia o manifestato interesse in tale ambito: medici generici, medici specialisti in psichiatria, medici specialisti in neuropsichiatria, medici specialisti in neurologia, medici specialisti in pediatria, pedagogisti, laureati in lettere e filosofia.

L'affidamento di detti incarichi a non iscritti all'Ordine degli Psicologi potrebbe rendere problematica anche la verifica delle modalità di esecuzione degli stessi, non essendo state condivise da una unica comunità professionale e non potendo essere oggetto di tutela dal punto di vista deontologico. Mi permetto altresì rispettosamente di segnalare anche una ipotesi di reato in cui potrebbe incorrere colui che accettasse un incarico professionale senza la relativa abilitazione ed iscrizione all'Ordine di competenza.

Cogliendo l'occasione per segnalare che gli psicologi sono disponibili a mettere al servizio anche della giustizia la loro competenza e la loro esperienza professionale, che attinge ad una tradizione storica e ad un percorso teorico, metodologico ed applicativo ormai da tempo ben definiti e consolidati, porgo alle Signorie Loro distinti saluti.

Alla Riscoperta del Mito

Alcune riflessioni sul viaggio in Egitto

Santo Di Nuovo - psicologo

Un viaggio organizzato dall'Ordine degli psicologi della Sicilia ci porta in Egitto "alla riscoperta del mito", come recita il titolo del programma. E mito ne riscopriamo davvero tanto in questa terra prodigiosa che ha visto affermarsi cultura e scienza quando il resto del mondo brancolava nel buio dell'ignoranza e della barbarie.

occupano ogni centimetro quadrato con magliette sudate e fantascientifiche attrezzature cinematografiche. Anche questo è l'Egitto. Ma non solo questo.

Un salto in volo e siamo ad Abu Simbel concentrato di miracoli.

Miracolo del megalomane faraone Ramses il Grande, potentissimo in tutti i sensi (centinaia di vittorie, centinaia di figli) che si fece rappresentare quattro volte in statue



Mito religioso, affermato in una simbologia complessa e affascinante. Il dio generatore simbolizzato dal sole, altre divinità con forme di animali, falco, ibis, gatta, ariete, sciacallo, e animali divinizzati come il toro e il coccodrillo. Mito dell'anima immortale che richiedeva una casa per l'eternità: dalle piramidi alle mastabe alle tombe decorate fino alla più recente città dei morti, costruzioni umane sfarzose accolgono l'anima diventata il Ka del corpo mummificato che ricongiunge il defunto allo spirito universale.

Dagli ideogrammi che materializzano il linguaggio, all'Ankh croce della vita futura di pace e serenità, allo scarabeo che si volge al sole del mattino come segno della continua rinascita, alla barca solare per il trasporto all'ultima dimora, il simbolo è il cuore del mito.

Mito non sempre apprezzato e compreso da un turismo di massa con cui ci si scontra fin dalla prima visita a Karnak e Luxor, la Tebe dalle cento porte, ora legata al ricordo di un'Aida ben commercializzata. Ma soprattutto al tempio di Horus ad Idfu, orde vocianti di persone di tutti i continenti

gigantesche, ma pensò anche ad un tempio vicino al suo per la moglie prediletta Nefertari. Miracolo degli architetti egiziani che orientarono l'apertura in modo che nei giorni di festa prestabiliti il sole nascente illuminasse le statue delle divinità e del faraone divinizzato poste al centro del tempio, lasciando all'oscuro il dio della notte. Miracolo degli ingegneri che quarant'anni fa spostarono il tempio novanta metri più in alto per evitare che fosse sommerso da quell'altro miracolo di ingegneria che è il lago artificiale prodotto dalla immensa diga sul Nilo. E questo miracoloso spostamento si è ripetuto sedici volte, tanto sono i templi smontati come i pezzi di un gigantesco "lego" e ricomposti altrove.

Uno di questi è il tempio di File, che ha pure cambiato isola. Qui fra il profumo dei fiori e la brezza dolce del lago riscopriamo il mito di Iside che ricompone il corpo di Osiride smembrato dal "cattivo" fratello Seth, e gli ridà la vita. La sposa protagonista della vittoria del bene sul male diventa anche madre: Iside penetrata solo dallo sguardo, genera

"senza peccato" Horus il salvatore del mondo. Le assonanze fra simboli religiosi si ripetono. Il mito di Caino e Abele, della morte e risurrezione, quello della vergine madre del Cristo salvatore. Dice la nostra guida che la donna ha sempre avuto un ruolo di rilievo nella simbologia e nella vita degli antichi egizi: e nella vita quotidiana le donne di quei tempi avevano diritti che le donne attuali non hanno.

Vedendo le donne attuali, alcune coperte da veli altre sfacciatamente esposte nei manifesti pubblicitari, non si fatica a crederlo.

Altri simboli sono raccontati in lunghe teorie di disegni che tappezzano le pareti delle tombe dei re: la vita dopo la morte, grande dilemma insoluto dell'umanità, è raccontata con grande realismo e spiegata in modo accurato in tutti i suoi passaggi, dalla pesatura dell'anima, anzi del cuore, alla giustificazione dal peccato e all'ammissione ad un paradiso tanto somigliante alla vita terrena. Non a caso la vita dell'al di là sognata dall'antico egizio era una riproduzione e una continuazione della vita vissuta. E non a caso nelle tombe venivano posti gli oggetti che il defunto aveva usato nella sua vita e che dovevano accompagnarlo nell'altra. Per il re un trono per continuare a regnare, per tutti gli altri gli strumenti per una piacevole esten-

sione della vita terrena.

Scene di pesca, caccia, danza, giochi infantili divertono ed incantano con i loro indecifrabili "fumetti". Il mito mescola vita e morte, qui e al di là, divinità raffigurate come uomini, e uomini che si proclamano divinità. Un dettagliato "libro dei morti" fa da guida



per procedere sicuri verso l'incertezza di una nuova esistenza.

Commovente ho trovato nella tomba del giovane figlio del faraone

Amon-her-Khepcef le raffigurazioni del padre che guida il ragazzo nel viaggio verso la vita dopo la morte, lo presenta alle divinità, lo sorregge nei passi difficili di questo misterioso transito temuto e desiderato. Simbolo di un'educazione globale che trascende persino i confini della vita terrena.

Dai simboli del passato a quelli del presente.

Cairo, "la vittoriosa", è di per sé il simbolo delle contraddizioni di un paese in gran parte islamizzato, addirittura sede della Lega Araba, eppure geloso della sua tradizione nazionale e orgoglioso del suo glorioso passato di grande potere ma anche di grande scienza e arte.

Immergersi nel museo vuol dire ripercorrere le tappe di una simbologia arcaica eppure sempre moderna. I gioielli della tomba del giovane Tutank-Amon, forse sacrificato dalla casta sacerdotale per le sue simpatie monoteiste, e la leggenda della maledizione per chi questi gioielli aveva riportato alla luce. La regina Hatshepsut e la sua femminilità sacrificata al potere. Statue colossali di faraoni divinizzati, e statue di sposi teneramente abbracciati insieme alla piccola figlia. Mummie di re e di animali ben conservate dopo tanti secoli. Oggetti e utensili di uso comune. Tutto ci parla di una vita dove l'eccezionale e il quotidiano si intrecciano e



convivono.

Cairo simbolo delle contraddizioni, dicevo. Girando per la città, scopriamo belle ville coloniali e pretenziosi grattacieli, enormi alberghi e baracche di fango, capre galline cammelli e frastuono di clacson che copre il richiamo

canoni dell'islamismo che pure di recente ha incrementato l'uso del velo per le donne.

Contraddizioni anche nelle vicende politiche recenti, di cui si vedono ovunque le tracce.

L'Egitto di Sadat perse la guerra

di altrettanto preziosi turisti. Bambini si bagnano festosi in acque placide e sporche, ormai sgombre dai cocodrilli bloccati al sud dalla grande diga.

Qualcuno di questi bambini si avvicina sottobordo alle barche dei turisti e chiede qualche moneta, o penne



dei muezzin. Cupole argentate e snelli minareti della grande moschea d'alabastro di Mohammed Ali dentro la cittadella fortificata di Salah-ed-Din (da noi noto come il grande Saladino), e i ricordi di arabi, mamelucchi e ottomani, e di splendori non inferiori a quelli dell'Egitto faraonico. Il quartiere copto con la "chiesa sospesa" da cui si diffondono monotone le litanie del venerdi santo. Il mercato di Kan-el-Khalili colorato rumoroso odoroso di spezie e di kebab e insieme maleodorante per i liquidi inqualificabili che scorrono tra le bancarelle e i carretti trascinati da veloci asinelli. Ma la più grande città del continente africano è fatta anche di enormi quartieri abusivi, costruiti disordinatamente dopo che la sconfitta nella guerra dei sei giorni portò migliaia di profughi ad installarsi prima nella "città dei morti" poi nei sobborghi della tentacolare megalopoli, fino ad assediare le grandi piramidi. Ma queste resistono, immortali testimoni dello splendore passato e dell'attuale assalto dei pullman turistici. E resiste anche l'enigmatica Sfinge, più volte ricoperta dalla sabbia e sfigurata dai tiri dei cecchini che la prendevano come bersaglio.

La fusione tra passato e presente è sancita dall'enorme statua di Ramses collocata davanti alla stazione ferroviaria di stile inglese. E dalla televisione che trasmette video musicali in cui si mescolano musiche orientali con scene di sensualità decisamente moderne, ben al di fuori dei rigidi

ma vinse la pace con Israele. Ancora adesso l'Egitto di Mubarak vuole farsi promotore di pace, esterna ed interna.

All'esterno mediante l'equilibrio e la moderazione nei rapporti con americani ed ebrei, all'interno con venticinquemila nuove scuole costruite in tre anni, computer rateizzati e internet gratuiti, canali di irrigazione e alte tecnologie per l'agricoltura, formazione alla accoglienza turistica. Antidoti al fondamentalismo e al terrorismo che insanguinano il medio oriente e che qui trovano sempre meno spazio per attecchire. Eppure la paura di un'antica violenza rimane, e lo testimoniano le migliaia di guardie armate che proteggono i siti turistici, silenziose sui loro alti cammelli, anch'esse simbolo dell'impossibilità di vita serena in un'area dove il conflitto sociale e religioso non sono mai definitivamente sconfitti.

Al centro di tutte le simbologie antiche e moderne, il Nilo fonte dell'acqua madre della vita. Dall'aereo la verde striscia che attornia questo grande serpente fertile e portatore di fertilità si staglia nettamente rompendo il deserto di pietre e sabbia. Dalla finestra del battello sfilano palme e minareti che si lanciano verso il cielo sveltando sulle case dalle fresche mura di paglia e fango, il famoso limo che da quando è stata costruita la grande diga di Aswan non allaga più le rive come ai vecchi tempi. Veloci feluche spiegano le ali al vento e volteggiano come grandi farfalle, un tempo cariche di preziose mercanzie adesso

biro, o semplicemente caramelle e gomme da masticare. Pare che si divertano più che faticare.

Ancora simboli. L'ordinata sequenza di templi sulla riva orientale del fiume, dove il dio sole sorge e porta la vita, e di tombe sulla costa occidentale dove il sole tramonta e con lui tramonta la vita.

E il papiro simbolo dell'alto Egitto, mentre il fior di loto lo è del basso, ed entrambi - ulteriore simbolo di unità - stanno insieme riprodotti nei capitelli delle colonne dei templi.

L'ultima mattina prima di riprendere il volo per l'Italia, dalla finestra al ventesimo piano dell'albergo assisto in silenzio allo scorrere tranquillo e indifferente del Nilo, sempre uguale da secoli a simboleggiare - al di là di quello che cambia attorno alle sue rive - la grandezza e la fecondità di questo affascinante paese.





La Professione

Progetto-Intervento "Una Telecamera per ricominciare"

Rosaria Sapuppo, psicologo, insegnante

Questo lavoro nasce dall'emergenza venutasi a creare, dopo il terremoto del 29 ottobre 2002, nella Scuola Media di Santa Venerina, Comune della Provincia di Catania.

L'idea è nata dalla percezione della necessità di favorire il ritorno alla normalità della popolazione scolastica che aveva subito il trauma di un terremoto, fortissimo (nono grado circa, della Scala Mercalli), devastante per la scuola, e, in alcuni casi, anche per la propria abitazione.

Il Sindaco aveva emesso una ordinanza con la quale aveva fatto sospendere le lezioni e chiudere per un mese le scuole del territorio colpito. La scuola che da parte sua era stata consapevole da sempre di trovarsi in un territorio ad alto rischio sismico, già da diversi anni aveva attivato una buona collaborazione con i responsabili della Protezione Civile del Comune e aveva mirato ad attuare un progetto di Scuola Sicura in cui un Piano di Emergenza più volte collaudato aveva provveduto a far assumere agli alunni e a tutto il personale schemi comportamentali appropriati per la tutela della propria salute in caso di rischio sismico. Pertanto dopo il terremoto, scampato il pericolo del danno fisico, da Responsabile della Sicurezza mi sentivo in dovere di fare qualcosa per cercare di attutire gli effetti del trauma, e premevo affinché gli alunni potessero ritornare a stare insieme e non perdessero tempo prezioso. Per ottenere questo la Dirigente dovette impugnare l'Ordinanza del Sindaco e in seguito al parere favorevole del Prefetto si poterono ricominciare le lezioni sotto la tenda dei Vigili del Fuoco a qualche giorno dal terremoto che, dopo tutto, gli alunni avevano vissuto dall'esterno dopo avere evacuato la scuola, stando nelle piazzole di sosta delle aree di sicurezza, senza danno alcuno alle persone.



E, intanto il tempo passava. Era già passato un mese dal terremoto e gli alunni venivano a scuola ancora sotto la tenda dei Vigili del fuoco, che in realtà era la tenda che ospitava anche la Chiesa, e i banchi che i ragazzi utilizzavano durante le lezioni erano gli stessi che venivano utilizzati dai fedeli durante le funzioni.

Dopo una prima fase di inevitabile disagio generale, il ripristino immediato del "contesto scuola" ha sicuramente modificato positivamente la situazione. I ragazzi si erano finalmente sbloccati e avevano ricominciato a parlare di tutto, della propria paura, del proprio disagio, della gioia di ritrovarsi, di incontrare di nuovo i propri insegnanti. Il tutto espresso in modo sintetico e stringato, ma efficace e profondo. Intanto, la macchina della solidarietà era stata messa in moto e cercava di raggiungere tutti.

LA RICHIESTA DI INTERVENTO

L'intervento venne sollecitato dalla dirigente e dai docenti nel momento in cui si ricominciò a parlare di ritorno a scuola, di inizio delle lezioni, di riorganizzazione dell'orario scolastico, di accoglienza degli alunni colpiti dal sisma. Nel primo collegio dei docenti, alcuni giorni dopo il terremoto, nell'ambito della funzione obiettivo dell'area 3 (interventi e servizi per gli studenti), mi venne dato mandato di organizzare un "servizio" che aiutasse gli alunni a superare la situazione difficile che stavano vivendo. Mi convinsi che, data la particolarità del momento, bisognava attivare interventi più mirati e più specifici per fronteggiare la crisi che stava annientando il sistema che, in seguito al trauma subito, appariva bloccato nel suo funzionamento.

Quindi l'intervento psicologico diventava indispensabile. Innanzi tutto si rendeva assolutamente necessario, potenziare e attivare le risorse interne al sistema stesso per consentire la ripresa e una nuova possibilità di funzionamento.

Conseguentemente si doveva pensare ad un intervento che si configurasse in modo da potersi svolgere come un intervento integrato di aiuto, di accoglienza, di ascolto e facilitazione, di ricerca e di informazione, mirato alla comprensione della situazione e alla percezione della disponibilità di risorse capaci sia di aiutare a superare le difficoltà del momento, sia di indicare il ricorso ad interventi di aiuto più specifici qualora ciò si sarebbe reso necessario. Per questo motivo l'intervento doveva essere rivolto a tutte le componenti del sistema che però avevano esigenze diverse e ponevano richieste diverse. Con il consenso della dirigente e del collegio dei docenti ci rivolgemmo alla S.I.M.P. perché già presente nella scuola nell'ambito di un progetto con finalità di diffusione della cultura del benessere e miglioramento della qualità della vita, ci vennero segnalati gli esperti di Psicologia dell'Emergenza e con loro chiedem-

mo il Patrocinio dell'Ordine Professionale degli Psicologi della Regione Siciliana e progettammo l'intervento.

Pensammo ad un tipo di intervento che ponesse attenzione più alla prevenzione che alla cura, cioè ad un modello esplicativo-operativo che non si limitasse a prescrivere modalità di trattamento per il recupero dei casi problematici, ma che valorizzasse e coinvolgesse tutte le istituzioni capaci di promuovere benessere e incoraggiare l'autonomia dei propri utenti (D. Francescato, 1977). Inoltre dagli studiosi a cui si pensava di fare riferimento (B. Zani ed altri) veniva costantemente sottolineata l'importanza dell'intervento attivo e non solo allo scopo di prevenire stress futuri, ma anche per la creazione di ambienti sociali tali da rafforzare gli aspetti positivi dei comportamenti e da porre richieste di servizi più efficaci e più rispondenti ai bisogni degli utenti.

Occorreva ancora l'apporto di una pluralità di contributi diversificati. In particolare, dato che l'intervento doveva effettuarsi in una scuola era ritenuto indispensabile l'apporto degli esperti di Psicologia Scolastica. Questo ci avrebbe permesso di giovare delle professionalità già presenti in loco, ma anche di poterci avvalere di altri contributi specialistici per rispondere alla domanda della scuola fornendo sia l'organizzazione di una struttura coesa di progetto, come pure una modularità autonoma, efficiente ed integrata di interventi, nel rispetto delle consegne dell'avvio di un servizio per gli alunni, aderendo ad un modello di Psicologia Scolastica. Tale modello è l'unico che tiene conto e valorizza tutte le risorse presenti in campo e fa riferimento ad un insieme di attività che si svolgono sia all'interno della scuola, sia nei rapporti tra scuola e realtà socio-culturale nella quale essa è immersa. In tale prospettiva il servizio di psicologia scolastica diventa il risultato di un incontro flessibile tra qualificate autonomie professionali: quelle del personale scolastico che avanza agli psicologi le proprie richieste di collaborazione (Dirigente, Docenti della



RELAZIONE FINALE

Il Progetto, aveva come principale finalità quella di favorire il ritorno al quotidiano e alla normalità, fornendo agli alunni fortemente traumatizzati dall'evento sismico, l'occasione di rileggere il trauma subito, per riuscire a capire e a gestire le proprie emozioni e trovare la forza di partecipare attivamente alla rinascita. Lasciare passare alcuni giorni prima dell'intervento, era stata una scelta condivisa con il Presidente dell'Ordine degli Psicologi e con gli esperti di Psicologia dell'Emergenza, che, noi docenti della Scuola Media, nel frattempo avevamo coinvolto.

Al fine di aiutare i soggetti a recuperare il senso di sicurezza e le abitudini quotidiane, per rendere possibile una maggiore sensibilizzazione e fornire qualche sollecitazione in più all'intervento, la Scuola organizzò un incontro tra gli insegnanti e gli esperti di Psicologia dell'Emergenza, che avvenne nella Chiesa Tenda. Questo incontro segnò un momento importante nella storia dell'intervento in quanto innescò tra i docenti un vera e propria gara nel prodigarsi per lenire le sofferenze degli alunni.

Il dott. Gelsomino, illustrò un protocollo largamente utilizzato in diversi campi e conosciuto come "Debriefing", questo che non è né una terapia, né una consulenza professionale, in un contesto scolastico si configura come un processo strutturato che aiuta i soggetti a capire e a gestire emozioni intense, a identificare efficaci strategie di controllo dello stress, a ricevere supporto dai pari. Pertanto i docenti furono aiutati a capire per poter, a loro volta, aiutare a capire. A questo incontro ne seguirono altri.

Intanto gli alunni, che nel frattempo, avevano cominciato a riprendersi, ritornavano a diventare protagonisti della scena e rendendosi conto di aver perso, per effetto del terremoto, gran parte delle attrezzature e tutto il materiale didattico di cui disponeva la scuola, scrivevano una lettera e lanciavano un S.O.S. alle altre Scuole, ad Enti ed Organizzazioni chiedendo proprio questo tipo di aiuti. Le risposte non si fecero attendere, venne innescata una grande gara di solidarietà e il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi, organizzò un Seminario nella Scuola e regalò agli alunni una Telecamera con la seguente motivazione: "Affinché possiate produrre un documentario su quanto è



Scuola), quella della realtà esterna alla scuola (Università, Associazioni Professionali, A.U.S.L., volontari della Protezione Civile e della Croce Rossa, Stampa, ecc.), quella della comunità (Comune, Parrocchia) alla quale la scuola è collegata e quella degli Psicologi che mettono a disposizione le loro competenze specifiche.

avvenuto, così da trasmettere a noi tutti, ma principalmente a voi stessi, la lettura delle vostre emozioni, della vostra disperazione, della vostra gioia, della vostra speranza".

Abbiamo raccolto questo input, lo abbiamo contestualizzato nella scuola e ne abbiamo fatto un Progetto che è stato chiamato "UNA TELECAMERA PER RICOMINCIARE". Con decisione del collegio dei docenti, le classi scelte a partecipare furono tutte le prime classi.

Finalità del Progetto: Favorire la ripresa di un ritorno alla normalità aiutando gli alunni a rielaborare l'esperienza traumatica vissuta, con la partecipazione attiva alla rinascita, attraverso la narrazione dei fatti accaduti e la documentazione visiva sia dei luoghi devastati dal sisma, sia delle strutture di sicurezza approntate nelle operazioni di primo soccorso.

Modalità d'attuazione: Prima di iniziare qualsiasi lavoro ci si poneva però il problema di informare i genitori sull'attività che si stava svolgendo, di chiedere loro le autorizzazioni per portare fuori i ragazzi e di spiegare le finalità del progetto. Un intervento si può attuare se la Scuola lo vuole, se i docenti sono d'accordo, se i genitori degli alunni sono favorevoli. In questo caso i genitori degli alunni sembravano restii ad accettare interventi diretti ai loro figli anche se non mancavano coloro i quali sollecitavano qualche semplice aiuto dalla scuola. La situazione era un po' delicata e noi ci sentivamo chiaramente in difficoltà. In particolare ci chiedevamo come far capire ai genitori che non gradivano, che il nostro non era un intervento intrusivo, ma soltanto un intervento d'incoraggiamento e di sostegno rivolto ai loro figli per aiutarli a controllare la paura e a stimolare il loro impegno alla ricostruzione personale. Ci venne in aiuto una lettera del Presidente, con la quale il dott. Giardina si rivolgeva a tutte le componenti del siste-



ma scolastico, docenti, alunni, genitori e informava che il Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Sicilia in forma istituzionale sarebbe stato presente nella Scuola per manifestare la solidarietà e la vicinanza di tutti gli Psicologi Siciliani. In realtà la lettera del Presidente, molto sentita e toccante nella sua grande umanità, era molto di più di un semplice avviso perciò decidemmo di divulgarla, dopo averne chiesto il permesso. Mandammo una copia ai genitori di tutti gli alunni che avrebbero partecipato al progetto e ricevemmo apprezzamenti e consensi da tutti compresa l'autorizzazione a procedere. Rimaneva un ultimo problema, gli alunni non avevano mai tenuto in mano una telecamera.

Ebbene facemmo delle prove, qualche lezione e alla fine gli alunni impararono ad usare la telecamera. In seguito, gli

alunni furono portati in giro per il paese e andarono a documentare le "ferite" di Santa Venerina, spontaneamente, inutile dire che mentre ciò accadeva, emergevano anche le nostre ferite e quelle delle persone del posto che partecipavano con noi al ricordo della loro drammatica esperienza.

Durante le riprese, gli alunni operatori in prima persona, furono lasciati liberi di parlare tra di loro, di esprimere le loro impressioni spontaneamente, senza ricevere alcuna sollecitazione da parte degli insegnanti. Alla fine, dopo diverse uscite per il paese, con un traffico imponente, con le strade ancora dissestate, ma con la vigilanza dei volontari della Protezione Civile, abbiamo girato il documentario, insomma ce l'abbiamo fatta.

Ma il progetto non era stato ancora concluso. Infatti, attraverso la narrazione e la rilettura dei fatti accaduti e delle emozioni provate erano stati prodotti: disegni, testi scritti, pensieri, lettere, dialoghi, considerazioni che avevano fornito agli alunni coinvolti nel progetto, l'opportunità di esprimersi, di scaricare la loro tensione normalmente e liberamente, trovando aiuto e sostegno tra i pari, negli insegnanti, negli psicologi presenti, nei volontari, tra la gente comune. Inoltre un aiuto indiretto era stato fornito curando particolarmente l'ampliamento e l'approfondimento di tutte quelle conoscenze di carattere scientifico, tecnico e operativo che potessero aiutare i soggetti colpiti a razionalizzare e controllare la propria paura e a sperare in un futuro più sicuro. L'informazione su ciò che era successo, la comprensione dei fenomeni fisici e ambientali, la conoscenza delle nuove strutture e dei nuovi materiali dell'edilizia, erano state attuate con programmi che avevano previsto incontri con eminenti rappresentanti del mondo scientifico e tecnologico, con esponenti del mondo politico, con la partecipazione a trasmissioni televisive, con ripetuti incontri con la stampa.

CONCLUSIONI

In conclusione possiamo affermare che questo lavoro ci ha permesso di raggiungere dei buoni risultati, infatti a distanza di qualche anno, nella scuola non si sono registrati gravi scompensi e la tanto paventata dispersione scolastica non è aumentata. Gli alunni hanno potuto verificare l'efficacia del programma di Prevenzione a cui hanno partecipato.

Hanno imparato a controllare la paura e in caso di eventi catastrofici, a sapersi destreggiare anche appoggiandosi a strutture esterne come la Protezione Civile. Ci gratifica notare che allo stato attuale non si evidenziano situazioni tali che facciano pensare ad evoluzioni negative del PTSD in generale tra gli alunni che hanno partecipato al progetto.

Per quanto riguarda la produzione del documentario non possiamo non sottolineare il grande aiuto offertoci dal dott. Prospero Dente, giornalista e membro del Corpo dei Volontari di Siracusa, che con grande pazienza ha ordinato e organizzato nel documento finale il materiale prodotto dai ragazzi. Di questo gli siamo grati e lo ringraziamo di cuore.

Allo stesso modo ringraziamo tutti i colleghi che hanno collaborato con noi. Il sostegno fornitoci con grande competenza ed alta professionalità dagli Psicologi dell'Ordine della Regione Siciliana ma soprattutto dal Presidente dott. Fulvio Giardina, è stato per noi tanto discreto quanto prezioso. Grazie.

II Counseling Scolastico Integrato

Gaetano D'Alessandro, psicologo
Karin Guccione, psicologo

Sono diversi anni che ci interroghiamo su quale sia o debba essere il ruolo degli psicologi delle scuole ed abbiamo raccolto diverse opinioni che, nel corso degli anni, hanno fatto da sfondo ai diversi tentativi di cercare un accordo con gli organi competenti per sollecitare la nascita di una legge che ne regolamenti ruoli e funzioni. In questo lasso di tempo noi psicologi abbiamo maturato diverse esperienze nei contesti scolastici, per lo più occupandoci di orientamento, di moduli di socializzazione o di moduli di formazione per i docenti delle scuole di diverso ordine e grado. Nel rispetto della formazione di ognuno, abbiamo prodotto diverse modalità di lavoro, che tuttavia raramente hanno trovato un terreno di scambio e di confronto, così come raramente abbiamo sentito parlare di un lavoro effettuato a più livelli, in cui ci fosse una presa in carico della scuola come comunità scolastica. È questo il motivo per cui abbiamo pensato di scrivere questo articolo, nel tentativo di gettare le basi per un dialogo costruttivo con i colleghi in merito a come si possa lavorare nelle scuole e a quali nuovi spazi possano interessarci come professionisti.

In questo senso forse non è sbagliato immaginare che sia lo psicologo a doversi orientare nel mondo della scuola e che, come si conviene a chi si metta in viaggio, necessiti di punti cardinali di riferimento. Quando ci siamo proposti di iniziare questo viaggio all'interno della scuola e del mondo degli adolescenti, abbiamo immaginato che i nostri punti cardinali fossero la relazione e il tempo, la co-costruzione degli interventi, la pluridimensionalità dei livelli di intervento, la circolarità del potere.

Il compito che ci siamo dati, come scelta metodologica, è quella di proporci come facilitatori del processo di cambiamento, almeno nella prima fase di ogni azione prevista.



Tale scelta è data dalla consapevolezza teorico-pratica che esistono dei tempi e delle modalità nella costruzione della relazione che devono essere rispettati se si vuole essere efficaci nell'intervento. Il primo obiettivo stabilito è che lo sportello possa essere percepito come lo spazio di tutta la comunità scolastica, un luogo di relazioni, che possa rappresentare la possibilità di sperimentarsi attraverso e nella relazione. In questo senso il setting non è quello classico in cui lo psicologo ha un suo spazio fisico nel quale accogliere i ragazzi, ma è più che altro uno spazio relazionale, che può essere vissuto all'interno della stanza di accoglienza, ma che trova momenti costruttivi anche durante la ricreazione o nelle scale tra una pausa di lezione. Questo parametro è lo stesso anche se prendiamo in considerazione i docenti, piuttosto che il personale ATA. Le relazioni tuttavia maturano nel corso del tempo, ed è per questo che abbiamo preso in considerazione il tempo quale elemento di efficacia del nostro intervento. Il tempo serve non solo per creare le condizioni di accessibilità per i ragazzi ma anche per aprire vie di accesso per i genitori ed il personale della scuola. La presenza di due psicologi a scuola che diventano una presenza fissa, costante, sicura, che aprono spazi e possibilità - anche informali - per scaricare la rabbia e/o l'ansia delle relazioni, ci ha permesso di avere delle aperture in un campo di non facile accesso. Questo sta avvenendo, ovviamente in modo lento e graduale permettendoci, sempre più, d'emergere dallo sfondo indistinto assumendo le caratteristiche di figura. Il concetto di tempo è anch'esso pluridimensionale.

Il tempo è non solo quello oggettivo, con il quale pur ci troviamo a fare i conti nella modulazione delle nostre azioni, ma è anche e soprattutto quello soggettivo; quello del docente che sente l'urgenza della programmazione scolastica, quello dei ragazzi che sentono l'urgenza di avere uno spazio di ascolto e di contenimento. Il contenimento e l'ascolto sono tuttavia intesi come momenti di rielaborazione dei vissuti e di restituzione di senso. Il tempo è anche e soprattutto il qui ed ora, il momento, il vissuto che è contemporaneamente processo e dinamica di un costante cambiamento. È il qui ed ora che viene individuato come momento fondante per l'identità.

La partecipazione di tutti i componenti del sistema scolastico è invece fondante per la natura degli interventi. La logica degli interventi è una logica co-costruttiva che parte dal basso, quindi dagli allievi, docenti, personale ATA, famiglie, ovvero dai destinatari stessi degli interventi. Vengono attivati momenti ed esperienze che coinvolgono diverse categorie di soggetti. L'attivazione segue il principio della circolarità del potere e della condivisione delle esperienze.

Non si parte mai da una proposta definita ma si lavora sempre seguendo il principio dell'individuazione del bisogno da parte degli stessi destinatari dell'intervento e dalla costruzione condivisa di esperienze.

Lavorare in un contesto scolastico, infatti, vuol dire partire dalla pluridimensionalità del contesto per generare una pluridimensionalità dei livelli di intervento. Le famiglie, gli

allievi, i docenti, il personale amministrativo, vanno gestiti sinergicamente.

Essi corrispondono a utenze diverse, con bisogni differenti e pertanto vanno attivati in modo specifico, ma vanno anche gestiti sinergicamente se



l'obiettivo è quello di attivare un'energia propulsiva di cambiamento che sia realmente tale. Lavorando presso il Liceo Classico Umberto Primo di Palermo, abbiamo sperimentato questa metodologia di lavoro ed abbiamo constatato che è possibile fare gli psicologi scolastici senza dividere la scuola in compartimenti stagni.

Abbiamo lavorato in modo sinergico, utilizzando un approccio pluridisciplinare, costruendo e costituendo un'équipe di lavoro che è riconosciuta come tale e che funziona proprio per questo. Un elemento importante da sottolineare è anche il presupposto teorico metodologico da cui prende avvio la nostra metodologia.

L'approccio è quello dell'integrazione teorico metodologica partendo dalla confluenza tra psicologia Clinica e di Comunità, per generare una metodologia Clinica di Comunità.

L'aspetto clinico ha una sua matrice nell'approccio gestaltico, che ci orienta nella comprensione delle relazioni, ed è arricchito da una prospettiva integrata.

Relazione, azione, "qui ed ora", emergere, sono tutti termini che richiamano il tempo come elemento fondante il processo del contatto. La relazione è dunque la condizione dell'essere che si esperisce attraverso il contatto in azione, ovvero ciò che è parte della relazione nel "qui ed ora" del suo emergere; Il processo descritto non è stato pensato solo per il singolo individuo; la scelta teorico-metodologica effettuata si è orientata nel considerare la

"Comunità scolastica" come un "organismo" che utilizza i medesimi meccanismi processuali fin qui descritti. In questo senso non è possibile e sarebbe sbagliato eliminare una quota clinica e non utilizzare l'aspetto dinamico clinico nell'esperienza scolastica.

La quota clinica va ovviamente compresa, contestualizzata, gestita, ma non negata. Questo vertice teorico applicato ai principi della Psicologia di Comunità ci permette di mediare tra la singolarità, la pluralità e la complessità delle dinamiche psicologiche, organizzative e relazionali incontrate. La distribuzione del potere; la co-conduzione; la co-gestione; la co-costruzione dello spazio e dei significati; la visione ecolistica dell'individuo e della "Comunità scolastica" unitamente ai concetti di "relazione"; di "contatto"; di "esperienza"; del "Sé"; di "adattamento creativo" creano spazi di relazione che consentono condivisione, la dicibilità, la calpestatibilità di luoghi (psico-relazionali) prima proibiti... tutto ciò con il e nel tempo. Considerare la scuola come una comunità significa porre attenzione a tutta una serie di elementi che interessano la dimensione organizzativa, dei vissuti e dei processi, utilizzando un'ottica olistica.

Partendo da questi presupposti è necessario anche pensare alla scuola come ad una comunità che può e deve diventare "competente", in grado di leggere i bisogni dei suoi componenti, soddisfarli, ma aprirsi contemporaneamente all'esterno, al territorio, per diventare nodo di una rete più ampia.

In questo senso c'è stata e si è arricchita la collaborazione con le agenzie territoriali, il SERT ma anche il servizio di neuropsichiatria infantile.

L'efficacia del modello, che pur segue alcuni principi operativi che è impossibile circoscrivere in questo spazio limitato e che ha richiesto anni di lavoro, è dimostrata ampiamente dai risultati sino ad ora ottenuti.

Possiamo dire con orgoglio che questa esperienza è stata ed è vincente da ogni punto di vista.

Qualche dato che alcuni colleghi hanno avuto modo di verificare durante il convegno di Psicologia di Comunità, che ha arricchito il calendario degli incontri culturali di quest'anno a Palermo, può servire a dare una panoramica significativa; più di 100

ragazzi che hanno avuto accesso allo sportello in soli quattro mesi di lavoro (febbraio 2004-giugno 2004); lavori in gruppi classe per un totale di 26 classi; accesso allo sportello da parte di docenti e personale ATA.

Questi i dati già raccolti nello scorso anno scolastico, a cui si aggiungono dati, fino ad ora qualitativi, di questo inizio anno, con programmi di accoglienza standardizzati per tutte le quarte ginnasio, progetti in itinere e in programmazione per le famiglie, docenti e personale ATA.

Diverse collaborazioni con i docenti e le famiglie hanno posto le basi per una effettiva attivazione sinergica. Le famiglie, inoltre, hanno utilizzato in modo attento e funzionale la nostra presenza, chiedendo incontri sia per chiarimenti che per richieste di collaborazione. Quello delle famiglie era il settore che avevamo identificato come carente nella nostra valutazione finale per l'anno scolastico 2003-2004.

La sfida che si pone ad uno psicologo scolastico è quindi, a nostro modo di vedere, quella di creare le premesse per attivare un'energia tesa al cambiamento che sia propulsiva e che parta dal basso. Siamo convinti che tutto ciò sia possibile e che la nostra esperienza in parte lo dimostri.

Non è nostra intenzione prospettare ai colleghi una visione che faccia sembrare facile lavorare seguendo questi presupposti, né desideriamo dare l'impressione che non esistano elementi che vanno attentamente valutati come fattori di rischio.

Riteniamo, tuttavia, che se si utilizza un modello di lavoro che sia contemporaneamente organizzato e flessibile, si possano arginare i fattori di distorsione rappresentati da quelle quote di resistenza al cambiamento con cui certamente ci si trova a confrontarsi.

Possiamo rielaborare la nostra esperienza come una sorta di intervento-ricerca-azione, che è sì strutturata secondo alcuni presupposti, ma che è suscettibile in ogni momento di essere modificata e/o arricchita dalla partecipazione attiva degli utenti.

Speriamo che questo nostro contributo sia accolto dai colleghi con una buona dose di curiosità e che si parta da questa curiosità per creare occasioni costruttive di confronto.

La Psicoanalisi pensa e si confronta con altre discipline sulla realtà sociale attuale.

Maria Gabriella D'Angelo, psicologo

La PENSABILITÀ è stata per anni l'oggetto principale di ricerca di un gruppo di studio che si è arricchito man mano di apporti di terapeuti di gruppo, di psicoanalisti ma anche di studiosi di altre discipline: filosofi, giuristi, insegnanti, artisti, ecc.

In questo senso, la psicoanalisi oltre ad avere il suo naturale sbocco nella lettura di materiale teorico/clinico e di letture specialistiche si è interessata di altre discipline, in particolare di scienze sociali: l'interesse della psicoanalisi non è nel senso della psicoanalisi applicata, poiché essa non aggiunge anzi toglie le coperture e le incrostazioni difensive.

Come dice Freud, lo scopo è quello di gettare un ponte, tra la psicoanalisi e le altre discipline. Questa funzione, come sostiene Romano, è propria dei miti, la conoscenza dei quali è ritenuta fondamentale per la pensabilità.

I miti, da sempre, hanno la funzione di svelare, in forma narrativa, una verità che altrimenti non può essere detta.

L'interesse di Bion, come di Corrao, si è orientato sull'ampliamento di senso del mito e non soltanto sui suoi aspetti cognitivi, per esplorarne la dimensione affettiva e trans-individuale.

Lo scopo della psicoanalisi è esattamente quello di bonificare la mente da trappole ed impedimenti alla libera circolazione dei pensieri e delle emozioni. Il metodo dunque non è quello di dare risposte, ma di aggiungere domande al fine di trovare la domanda giusta per poterla mantenere attiva ed elaborarla.

L'interesse per questo metodo di studio è andato via via progredendo fino a concretizzarsi nella ideazione di una rivista dal titolo *Pubblic/azione* (con la barra) che richiama il termine *public-ation* usato da W. R. Bion per indicare l'atto del rendere pubblica un'idea, considerando questa un'operazione fondamentale dell'attività scientifica senza la quale non è dato, per l'individuo o per l'umanità, progredire nella conoscenza.

Questa rivista, che dal terzo numero si è trasformata in quaderni, è diventata l'espressione della interdisciplinarietà



Wilfred Ruprecht Bion

così com'è nata spontaneamente dagli approfondimenti del gruppo di studio, tanto che a partire da un argomento (l'impensabile, attacco ai bambini ecc) riunisce di volta in volta, il pensiero di studiosi di discipline diverse, anche di provenienza internazionale.

La psicoanalisi favorisce la pubblicazione di pensieri inediti rendendo possibile la trasformazione di pensieri inconsci, o di sensazioni, o di affetti senza rappresentazione, in pensieri pubblicabili.

La necessità di dare fondamento al metodo scientifico della psicoanalisi ha valore anche per capire il nostro rapporto difficile con la realtà attuale.

L'attività dell'Associazione PUBBLICAZIONE (www.pubblicazione.net), che si è costituita da qualche anno a Catania, è rivolta all'analisi dei processi psicologici e culturali che investono la società nelle sue componenti individuali, di coppia, di gruppo.

L'associazione svilupperà attività editoriali, culturali, di ricerca e formazione.

Per estensione di questo metodo l'Associazione si propone di offrire uno spazio per attivare pensieri, in gruppo, a tutti coloro che pur avendone le potenzialità sono tuttavia, per varie ragioni, privati od ostacolati a farlo con passione.

In questo senso l'Associazione si rivolge, non soltanto, agli specialisti in campo psicologico, ma a tutti coloro che per la loro identità professionale e personale sono portati a prediligere l'attività di pensiero.

I seminari che saranno organizzati per quest'anno 2004/2005 hanno come vertice "l'attacco alla madre". Tutta l'attività, compresi i convegni dell'anno, saranno temi di discussione nell'assemblea dei soci che avrà luogo il 23/10/04 presso la sede di Catania.

Oltre ai seminari e convegni suddetti, di cui verrà data adeguata informazione, lo spazio dell'Associazione prevede un'attenzione all'aspetto clinico-istituzionale attraverso incontri di supervisione e di confronto su psicoterapie individuali e di gruppo.

Tali incontri avranno una scadenza quindicinale e hanno l'obiettivo, oltreché di crescita professionale, di ricerca sulla clinica gruppale.



Edipo e Medea

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

Annalisa Saggio

Psicologo - Centro PROGRESS CT

Tra le patologie più rilevanti del nostro tempo i Disturbi del Comportamento Alimentare hanno assunto negli ultimi decenni un rilievo clinico e sociale di dimensioni notevoli. Le patologie principali, Anoressia e Bulimia, sono oggi considerate entità a sé stanti, con manifestazioni cliniche e prognosi diversa, anche se condividono diversi caratteri e possono manifestarsi, in uno stesso individuo, in diversi momenti della vita. Inoltre si va sempre più diffondendo un quadro clinico caratterizzato da abbuffate compulsive senza condotte di eliminazione: il Binge Eating Disorder (Disturbo da Alimentazione Incontrollata).

Eziologia

Allo stato attuale delle conoscenze non è stata individuata una singola causa, si parla, più correttamente, di fattori predisponenti culturali, individuali (psicologici e biologici) e familiari, che, combinandosi insieme, possono causare un disturbo del comportamento alimentare. Molteplici possono essere i fattori precipitanti (separazioni, perdite, esperienze sessuali, ecc.), ma l'essere a dieta è sicuramente l'elemento iniziale. Gli effetti del digiuno e della perdita di peso tendono poi a perpetuare la sindrome per via di un circolo vizioso: la restrizione alimentare favorisce la disinibizione e quindi l'abbuffata che, a sua volta genera aumento di peso e sensi di colpa e quindi bassa autostima a cui si cerca di rimediare con ulteriori restrizioni a cui seguiranno ulteriori disinibizioni e così via. La restrizione dietetica prolungata può portare a complicanze fisiche e psicologiche molto gravi: infatti molti dei sintomi una volta ritenuti elementi primari dei DCA in realtà sono solo conseguenza del digiuno (Keys, 1950).

In alcune ricerche effettuate su popolazioni adolescenziali femminili di età media intorno ai 15 anni per indagare la predisposizione ai DCA si è visto come l'impulso alla magrezza e l'insoddisfazione per il corpo siano i due aspetti differenziali significativi tra normalità e patologia (Saggio et al. 1999, 2000). La bassa autostima, potenziata dai messaggi dei media che promettono ai magri maggiore felicità e successo è l'elemento predisponente che fa iniziare una dieta, spesso fai da te o presa dai rotocalchi, da cui poi si sviluppa il disturbo alimentare. Se a ciò aggiungiamo una famiglia invischiata, rigida, iperprotettiva i fattori di rischio aumentano notevolmente. Poche le idee chiare al riguardo da parte dei non addetti ai lavori, i quali dovrebbero essere correttamente informati, sia per riconoscere in tempo i segni premonitori di tali disturbi, sia per non interpretare in senso allarmistico normali problemi legati alla crescita dell'adolescente. La maggioranza di soggetti con DCA si rivolgono al medico di famiglia solo dopo alcuni anni dall'insorgenza di condotte alimentari a rischio e il medico di famiglia, a sua volta, per la mancanza di conoscenze specialistiche, non sempre riesce a formulare una diagnosi corretta di DCA.

I mass media intervengono spesso spettacolarizzando tali patologie oppure banalizzando e sottovalutando il problema, con il rischio di ricorrere ad interventi poco corretti, non specialistici o addirittura selvaggi.

Epidemiologia

Secondo le più recenti osservazioni epidemiologiche i valori di prevalenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare in Italia nella fascia di popolazione a rischio (donne tra i 12 e i 25 anni) sono complessivamente del 10% per Anoressia e Bulimia e dal 10 al 30% per il Binge Eating Disorder. I casi maschili sono circa 1/10 rispetto a quelli femminili.

Attualmente si calcola che gli italiani affetti da disturbi del comportamento alimentare siano circa 300.000 di cui 65.000 malati di Anoressia e Bulimia. Le adolescenti tra i 12 e i 15 anni con DCA sarebbero oltre 14.000 e gli uomini circa 3300.

Si calcola altresì che ogni anno siano 8500 i nuovi casi di Anoressia e Bulimia.

La prognosi è tanto più favorevole quanto più precocemente viene diagnosticato il disturbo, in questo caso la percentuale di guarigione, con un intervento terapeutico adeguato, sfiora l'80%, a dieci anni dall'inizio del disturbo guarisce il 20% e a vent'anni il 10%. I dati delle ricerche riferiscono che attualmente il ritardo che intercorre di solito tra il manifestarsi del disturbo e la presa in carico è di circa 4 anni (Dalemann 1991); ciò è dovuto alla carenza di strutture specialistiche che siano in grado di riconoscere tempestivamente la patologia e approntare una terapia adeguata.

La terapia

Le ricerche più attuali hanno evidenziato che l'approccio terapeutico più efficace è quello fornito da un'équipe interdisciplinare i cui componenti hanno ricevuto una formazione adeguata, e, lavorando in stretta collaborazione, definiscono insieme obiettivi e programmi.

La terapia d'elezione per questi disturbi risulta essere psiconutrizionale che comprende sia la riabilitazione nutrizionale che la terapia psicologica, considerati quindi trattamenti inseparabili; la ricerca ha anche evidenziato come, nella maggior parte dei casi, solo il trattamento farmacologico sia quasi del tutto inefficace.

Nell'intervento terapeutico bisogna fare attenzione ai cosiddetti fattori iatrogeni (comportamenti terapeutici inadeguati o sbagliati) che possono favorire il mantenimento o l'aggravamento del disturbo, per es.: la prescrizione di diete, la prescrizione di preparati ormonali per risolvere l'amenorrea, le rialimentazioni forzate non contrattate con la paziente e non accompagnate da un adeguato supporto psicologico, i rinforzi negativi umilianti per indurre la rialimentazione, l'alleanza con i genitori, il non esporre con chiarezza la situazione alla paziente, strategie spesso utilizzate dai professionisti chiamati in causa di volta in volta i quali adottano il modello prescrittivo più per tranquillizzare se stessi che per aiutare veramente il paziente.

L'approccio non prescrittivo si differenzia notevolmente dal modello medico comunemente più diffuso ed è di gran

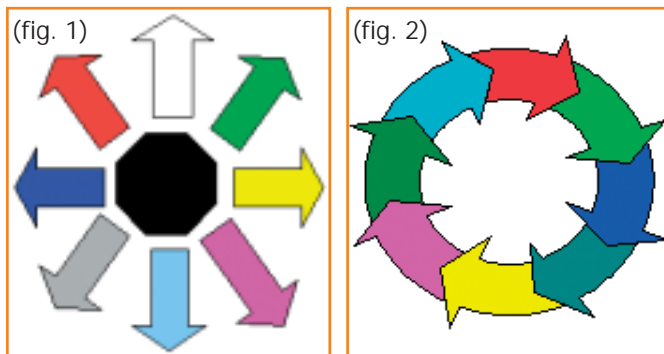
lunga il più efficace nel trattamento dei DCA che richiede una collaborazione attiva e consapevole del paziente in tutte le fasi della terapia. Vediamo alcune differenze tra i due modelli di intervento. Il modello medico presuppone da una parte un esperto onnisciente che elabora diagnosi e ordina terapie e dall'altra un esecutore obbediente e disinformato di prescrizioni perfette che viene colpevolizzato se non esegue a puntino ciò che gli viene proposto. Il modello "non prescrittivo" vede la malattia non come un guasto da aggiustare meccanicamente ma come un'errata gestione di un sistema complesso e il malato come persona capace di elaborare le informazioni fornitegli dall'esperto per trovare la soluzione più adatta. Le strategie utilizzate sono sempre sperimentali "per prove ed errori" (dove l'errore non è fallimento, ma occasione di apprendimento) e ciò su cui si fa leva è lo sviluppo delle capacità del paziente di gestire la propria vita. La relazione terapeutica non è fondata sull'obbedienza bensì sull'alleanza e collaborazione.

Nel modello non prescrittivo il mezzo utilizzato per raggiungere l'obiettivo della guarigione è l'empowerment che consiste nel mettere il paziente in grado di utilizzare le sue risorse per gestire costruttivamente la propria vita, rispettando i suoi tempi e il suo stile.

Al paziente vengono fornite informazioni sull'alimentazione, sulle diete, sull'uso dei farmaci, sulle cause psicologiche dei disturbi alimentari, in modo che egli diventi un collaboratore consapevole e responsabile nel processo terapeutico.

L'approccio interdisciplinare

Come abbiamo affermato in precedenza, poiché i DCA presentano un'eziologia multifattoriale si rende necessario un approccio articolato da parte di più figure professionali



le quali, pur mantenendo la specificità dei loro interventi, prendono in carico il caso e, con un lavoro d'équipe, condividono le medesime finalità. Si parla, quindi, di approccio interdisciplinare (fig. 2) che viene a volte confuso con l'approccio "multidisciplinare" (fig. 1) in cui spesso manca la comunicazione tra i diversi specialisti consultati; in questo caso, infatti, è il paziente stesso che spostandosi da un professionista all'altro è costretto a fare la sintesi di prescrizioni spesso in contrasto tra loro (non è detto infatti che i diversi professionisti adottino il medesimo approccio) con il risultato che gli interventi perdono di efficacia creando nel paziente sfiducia e prostrazione. Diventa quindi indispensabile, per non creare disorientamento, che tutta l'équipe parli lo stesso linguaggio e concordi gli obiettivi

col paziente. Un'équipe efficiente deve aver avuto dei momenti di formazione comune e deve sottoporre a supervisione il proprio operato; fondamentale la possibilità di incontrarsi frequentemente per la discussione dei casi.

Personalmente mi occupo di DCA presso un centro che da qualche anno opera a Catania attraverso un'équipe interdisciplinare composta da: 2 medici (endocrinologo, psichiatra), 2 psicoterapeuti, 1 dietista, tutti professionisti che, consapevoli del vuoto esistente nella nostra regione riguardo al trattamento dei DCA, abbiamo, innanzitutto, voluto acquisire una formazione di base presso strutture che fossero all'avanguardia nel proporre i modelli di intervento più efficaci; abbiamo quindi cominciato a costruire la relazione all'interno dell'équipe, con la collaborazione di un supervisore esterno, imparando tutti a comunicare con un linguaggio che fosse compreso da tutti e, soprattutto, ad utilizzare le stesse modalità di approccio col paziente che deve, innanzitutto, sentirsi accolto e compreso.

L'intervento terapeutico dell'équipe interdisciplinare mira a raggiungere i seguenti obiettivi:

- Recuperare e mantenere un peso normale;
- acquisire adeguati modelli alimentari;
- superare atteggiamenti negativi riguardo il proprio aspetto, il proprio valore e le relazioni interpersonali;
- attivare la capacità di affrontare e risolvere problemi
- prevenire e affrontare le ricadute;
- aiutare i familiari ad assistere adeguatamente la persona affetta dal disturbo alimentare.

La motivazione nei DCA

La motivazione è alla base dei comportamenti umani finalizzati al raggiungimento di un obiettivo specifico. Qualunque meta, qualunque progetto, se non sono considerati importanti dalla persona che li deve perseguire, non attiveranno mai l'investimento di risorse, non accenderanno mai quell'entusiasmo che è il carburante necessario per arrivare alla meta. Il paziente affetto da DCA ha, tra le sue peculiarità, la sfiducia in sé e nelle sue possibilità di riuscita, l'ambivalenza verso la malattia, dalla quale ottiene comunque dei vantaggi, l'incapacità di progettare. Quando questo paziente si presenta a noi di solito non ha nessuna volontà di intraprendere un cammino verso la guarigione, anche se spesso, a parole, afferma di voler uscire da una situazione penosa e invalidante.

Prima di iniziare la terapia vera e propria è necessario, quindi, riuscire a coinvolgerlo facendo in modo che egli veda la guarigione come una meta necessaria ed alla sua portata e decida di investire delle risorse per raggiungerla, accettando e superando quell'ambivalenza che lo fa oscillare tra la paura del cambiamento e il desiderio di por fine al disagio della malattia.

Il percorso motivazionale diventa quindi una parte indispensabile della terapia, premessa fondamentale per l'accettazione dell'idea del cambiamento. Il paziente con DCA ha di solito paura del cambiamento anche se la situazione attuale provoca disagio, ha uno scarso livello di autostima, ha paura di sperimentare, attribuisce l'errore ad una sua incapacità, abbandona subito al primo insuccesso. Poiché il percorso di guarigione è lungo e difficile e costellato da periodiche ricadute, è importante che egli prima di impe-

gnarsi abbia un quadro chiaro degli obiettivi a lungo e breve termine, acquisti fiducia nelle sue capacità, accetti la sperimentazione e l'errore come parte della terapia, non perda la fiducia anche dopo un fallimento.

Dovrebbe raggiungere un livello motivazionale che lo porti a essere disponibile a porsi un obiettivo scegliendo di iniziare a impegnarsi, a impiegare delle risorse e a mantenere i risultati nel tempo.

Studi recenti hanno confermato che la terapia motivazionale prima del trattamento ha come effetto l'aumento della motivazione al cambiamento, la diminuzione dei sintomi depressivi e l'incremento dell'autostima (Feld, Woodside, 2001).

Sappiamo anche come la motivazione sia soggetta a delle oscillazioni che dipendono da vari fattori: il livello raggiunto, infatti, può fluttuare da un momento all'altro, da una situazione all'altra e può essere modificato (Miller, Rollnick, 1994). Ecco perché rinforzi motivazionali sono auspicabili anche durante la terapia. Il colloquio di motivazione che, nel caso dei DCA non è di pertinenza solo dello psicologo, ma investe tutte le figure dell'équipe, mira ad aiutare il paziente a riconoscere i problemi causati da un suo comportamento disadattivo e a mettere in atto le strategie necessarie per modificare questo comportamento. Le caratteristiche e lo stile dell'operatore influenzano la motivazione e i risultati finali (Cartwright, 1981-Truax, 1997-Valle 1981, etc.); ciò non è dovuto solo alle differenze personali, ma all'approccio adottato: sono stati, infatti, rilevati dei cambiamenti quando l'operatore cambiava stile anche nel corso della stessa seduta (Patterson e Forgatch, 1985).

La motivazione al cambiamento viene favorita se si promuove la consapevolezza del problema fornendo informazioni chiare sulla malattia e i suoi meccanismi, se si aumenta l'autostima e l'autoefficacia del paziente facendogli valutare le sue risorse e i suoi aspetti positivi, se si cerca di rimuovere, analizzandole insieme al paziente, le barriere di carattere pratico che possono ostacolare l'impegno nella terapia, se si pianificano gli obiettivi con gradualità rispettando la disponibilità del momento accettando

il poco che egli può fare adesso rispetto a ciò che sarebbe giusto che egli facesse secondo il progetto del terapeuta.

Per ottenere ciò il terapeuta non assume mai un ruolo autoritario, lascia la responsabilità del cambiamento al paziente che si deve sentire libero e accettato, adotta strategie di tipo persuasivo e non coercitivo, evita di dare consigli ma fornisce informazioni che possano aiutare a definire il problema.

La "ruota del cambiamento"

Prochaska e Di Clemente(1983) hanno proposto un modello transteoretico

lità attuali e i suoi progetti.

• **Rassegnazione:** uno degli aspetti della malattia è la mancanza di energia e la perdita di fiducia nel futuro; l'operatore deve comunicare ottimismo e speranza, senza sottovalutare le difficoltà.

• **Razionalizzazione:** spesso questo tipo di pazienti si sono costruiti intorno un sistema difensivo per cui hanno tutte le risposte; in questo caso un atteggiamento di ascolto riflessivo e di accettazione favoriscono l'abbandono di tale modalità.

2. **Contemplazione:** non c'è ancora

(fig. 3)



(TTM) di cambiamento ipotizzando che il processo motivazionale sia graduale e attraversi varie fasi che essi hanno sintetizzato in una ruota (fig.3).

Utilissimo ai fini terapeutici identificare lo stadio in cui si trova il paziente; ogni stadio ha infatti le sue peculiarità e richiede interventi differenziati:

1. **Precontemplazione:** in questa fase la persona che arriva da noi non ha la consapevolezza di avere un problema, spesso viene forzata da altri a ricorrere al nostro aiuto. Fase caratterizzata dalle 4 R:

• **Riluttanza:** il paziente manca delle informazioni necessarie sulla malattia, ritiene quindi superfluo ogni intervento esterno. In questo caso l'operatore deve riuscire a entrare in comunicazione fornendo un feedback empatico.

• **Ribellione:** si manifesta con un atteggiamento di resistenza a tutti i suggerimenti esterni considerati intrusioni inopportune. È importante non fare sentire il paziente incastrato, ma presentargli una serie di opzioni possibili; è utile a questo punto fargli percepire la dissonanza tra le sue possibili

l'impegno a cambiare, l'interesse non è ancora un impegno. In questa fase sono molto importanti le informazioni sull'eziologia della malattia, le sue conseguenze, i meccanismi che la regolano (far percepire al paziente non come fallimenti, ma come successi parziali i tentativi di cambiamento effettuati nel passato). Utile far valutare i vantaggi e gli svantaggi sia della situazione attuale che del cambiamento e rinforzare la sua autoefficacia.

3. **Determinazione:** essere determinati non vuol dire che tutta l'ambivalenza è stata risolta. Bisogna valutare la forza e il livello dell'impegno, concordare un piano, fissare degli obiettivi personalizzati (non impegnare mai il paziente in un compito che reputa al di sopra della sue possibilità del momento). Le eventuali difficoltà vanno sempre discusse e analizzate.

4. **Azione:** attuazione del piano discusso e concordato. In questa fase bisogna aiutare i pazienti ad aumentare la propria autoefficacia gratificandoli per i successi ottenuti; l'errore va vissuto non come fallimento ma come

un'occasione di sperimentazione e conoscenza.

5. Mantenimento: questa fase presuppone il raggiungimento degli obiettivi. Adesso bisogna concentrarsi sulla prevenzione delle ricadute adottando le strategie già apprese.

6. Ricaduta: è un evento frequente che fa parte del processo di guarigione: se il disturbo è un'abitudine disadattativa ci vuole del tempo perché si crei un'abitudine sana. Utilizzo di tecniche per fronteggiarla e non viverla come un insuccesso. Spesso è utile un rinforzo della motivazione ripartendo dalla contemplazione. L'operatore dovrebbe mantenere sempre un atteggiamento di fiducia e ottimismo che incoraggino il paziente.

Nei DCA prima dell'uscita definitiva dal disturbo la ruota può essere percorsa varie volte, anche se ogni volta le abilità acquisite non vanno completamente perdute.

Ambivalenza

Punto focale nei DCA è la presenza di sentimenti coesistenti e contrastanti.

Pur riconoscendo i rischi e i danni implicati nel loro comportamento i pazienti rimangono attaccati e attratti da esso per varie ragioni: nel caso dei DCA il ricorso al digiuno per le anoressiche o al vomito per le bulimiche è l'unica garanzia per il mantenimento del peso ideale al quale non intendono rinunciare in alcun modo, i sintomi della malattia spesso non sono egodistonici, ecco perché si genera una situazione di conflitto: "Vorrei...non vorrei".

Se l'operatore si schiera apertamente per una delle due parti in conflitto il paziente si polarizzerà schierandosi a favore dell'altra parte:

Operatore: "C'è un problema, va eliminato";

Paziente: "Non c'è problema, va tutto bene".

Evitare di trasformare il colloquio in una lotta per il potere: se il paziente si sente in trappola rivendica la sua libertà di decisione, comportandosi con modalità reattive.

L'operatore deve allora attivare tutta la sua capacità di empatia allenandosi all'ascolto riflessivo che faccia emergere la motivazione dell'altro, gli faccia scoprire e accettare la propria ambivalenza sia verso la malattia che verso la guarigione, valutando insieme

a lui vantaggi e svantaggi di entrambe le situazioni, facendogli percepire la dissonanza cognitiva che lo porta spesso a non poter fare quello che vorrebbe.

Spesso il paziente mette in atto alcuni comportamenti di resistenza quando per es. assume atteggiamenti di sfida o di negazione o di ostilità.

La ricerca indica che la resistenza del paziente è influenzata dallo stile dell'operatore (Chamberlain,1984): può verificarsi quando si usano strategie inadeguate rispetto allo stadio di cambiamento. Saper mettere da parte il nostro progetto e concordare sempre gli obiettivi pone l'altro nella condizione di scegliere le mete per lui più raggiungibili al momento.

Poiché, come è già stato affermato, la maggior parte dei sintomi dei DCA sono egosintonici per il paziente, non è detto che egli abbia lo stesso livello di disponibilità al cambiamento per ognuno di essi, per es. una bulimica può essere nello stadio dell'Azione per la riduzione delle abbuffate e nella fase della Contemplazione per il superamento della restrizione alimentare, poiché è ancora convinta che la restrizione, cioè la dieta, sia una garanzia per evitare di ingrassare. La RMI - Readiness Motivational Interview (Geller et al. 2001), un'intervista semistrutturata, passa in rassegna ogni sintomo del DCA misurando per ciascuno di essi la disponibilità al cambiamento attraverso la collocazione nei diversi stadi motivazionali della ruota di Prochaska e Di Clemente. La conoscenza del livello di motivazione dei sintomi principali della malattia serve al terapeuta per programmare un intervento più efficace proponendo al paziente obiettivi che egli è in grado di raggiungere con minore sforzo.

Se il colloquio è stato condotto correttamente nel rispetto dell'autonomia del paziente al più presto arriveranno dei segnali che indicano la sua volontà di cambiamento: egli riconosce di avere un problema, mostra preoccupazione, diminuisce i meccanismi di resistenza, accetta la sperimentazione, ha acquisito fiducia e mostra un certo ottimismo.

A questo punto può iniziare la terapia vera e propria.

BIBLIOGRAFIA

- Bauer B, Ventura M. (1999). Oltre la dieta. Milano. Centro Scientifico Editore.
- Blake W., Turnbull S., Treasure J. (1997). Stages and processes of change in eating disorders: Implications for therapy. *Clin.Psychol. & Psychother.* 4(3), 186-191.
- Chamberlain P. et al. (1984). Observation of client resistance. *Behavior therapy*, 15, 144-155.
- Cohler BJ. (1997). The significance of the therapist feeling in the treatment of anorexia nervosa. In Feinstein SS e Giovacchini PL. *Adolescent psychiatry*. New York, Jason Aronson, vol 5, 352-384.
- Daaleman CJ (1991). Research on the prevalence of anorexia, bulimia and obesity. Warnsveld: RIGG Oost Gelderland.
- Feld R, Woodside D. (2001). Pretreatment motivational enhancement therapy for eating disorders: A pilot study. *Int. J. of Eat. Disord.* 4. 393-400.
- Geller J, Cockell SJ, Drab D. (2001) Assessing readiness for changing in the eating disorders: the psychometric properties of the readiness and motivation interview. *Psychol. Assess.* 13 (2). 189-98.
- Keys et al. (1950). The biology of human starvation. University Minnesota Press.
- Miller W, Rollnick S. (1996) Il colloquio di motivazione. Trento. Erikson
- Orimoto L, Vitusek K. (1992). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In Wilson PW: Principles and practices of relapse prevention. New York, Guilford Press, 85-127.
- Patterson GR, Forgatch MS. (1985). Therapist behavior as a determinant for client non compliance: a paradox for the behavior modifier. *J. Consult. Clinic. Psychol.*, 53, 846-851.
- Prochaska JO, Di Clemente CC (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol*, 5, 390-95.
- Rogers CR. (1997). La terapia centrata sul cliente. Firenze, La Nuova Italia
- Saggio A. et al. (1999) Screening sulla predisposizione ai DCA in una popolazione potenzialmente a rischio. Atti Corso di aggiornamento SISDCA. Vicenza.

Una Comunità "Senza Regole" La psicologia umanistica al lavoro

*Gaetano Tizza
psicologo, consulente e responsabile del programma*

Cari colleghi, volevo raccontarvi la mia esperienza: da circa 10 anni mi occupo di tossicodipendenza e nel 2000 ho voluto scommettere in questo campo, decidendo di fondare una Cooperativa sociale "L'Alba", che offre servizi rivolti alla prevenzione e al recupero della tossicodipendenza e del dilagante fenomeno dell'alcolismo tra i giovani e, attraverso la stessa, di aprire una Comunità per tossicodipendenti denominata "Vivere" nel territorio di Piazza Armerina.

Ho incontrato ovviamente diversi ostacoli, ma dopo tre lunghi ed estenuanti anni, la Cooperativa è stata iscritta all'Albo Regionale degli Enti Ausiliari. Dopo un mese, ha ottenuto il convenzionamento con l'Asl di Enna, per il trattamento di soggetti tossicodipendenti. Attualmente è l'unica Comunità in tutta la Provincia di Enna ed è operativa dal mese di febbraio 2004.

Il mio "Programma" si avvale dell'utilizzo di mezzi e tecniche cognitivo-comportamentali e rivolge un'attenzione specifica alla fase del reinserimento lavorativo degli utenti che completano il percorso riabilitativo. Tale reinserimento, oltre a permettere di verificare concretamente l'efficacia del lavoro svolto, ha anche lo scopo di limitare quella "pressione ambientale" o quei condizionamenti sociali che possono favorire i fattori di "vulnerabilità" individuale e determinare rischi di ricadute.

A tale scopo, viene attivamente ricercato anche il coinvolgimento di aziende agricole ed artigiane locali - come prevede un mio recente progetto sull'"Autoimprenditorialità", realizzato in collaborazione con il Sert di Piazza Armerina e finanziato dalla legge 309 - fondo 2000. Il Programma terapeutico, infatti, comprende e realizza lo sviluppo negli utenti di competenze specifiche, nel settore agricolo, artigianale, ecc, attraverso laboratori e l'utilizzo di macchinari ed adeguate attrezzature, allo scopo di creare i presupposti di un più facile accesso al mondo del lavoro.

Viene perciò considerato concluso il Programma terapeutico-riabilitativo, allorché l'utente si sarà ben inserito nel tessuto sociale ed avrà o lo avremo aiutato a trovare un lavoro che lo gratifichi.

Si è ritenuto necessario creare i presupposti per una funzionale collaborazione con gli inviati di altri servizi, privati o pubblici, e soprattutto con i Sert, allo scopo di migliorare il primo contatto-aggancio con gli utenti e garantire la continuità dell'eventuale trattamento "Comunitario", attraverso l'organizzazione di incontri periodici di confronto sull'andamento del percorso terapeutico e di riflessione in riferimento all'impiego di tecniche e strategie d'intervento specifiche.

L'azione terapeutica da me proposta intende dare un'impronta quanto più scientifica, mediante un Programma adeguato alle indicazioni espresse nell'Atto d'intesa Stato - Regioni, usando strumenti di valutazione condivisi, scientificamente confrontabili, attraverso il costante monitoraggio, dei fattori di vulnerabilità, dei progressi, la raccolta, l'a-



Secondo tale prospettiva, l'utente, infatti, anche dopo aver concluso la fase Comunitaria, viene sostenuto attraverso colloqui di consulenza, mentre vengono contemporaneamente sviluppati e realizzati progetti lavorativi ad hoc.

nalisi e la verifica dei risultati.

Il modello teorico di riferimento è quello cognitivo-emotivo-comportamentale della REBT (Terapia razionale emotiva e comportamentale) di Albert Ellis, che offre la possibi-

lità di interventi psicoterapeutici brevi particolarmente efficaci e capaci di produrre risultati radicali e permanenti.

La sua strategia viene chiamata "a tridente" perché si rivolge agli aspetti

stato emotivo, nonché i pensieri pre-dominanti e, quindi, il suo stile di pensiero. Ogni domenica gli utenti lavorano in gruppo sulla "Tavola degli obiettivi", quale importante strumento che



cognitivi (ristrutturazione delle idee irrazionali), emotivi (gestione e viraggio degli stati d'animo inadeguati) e comportamentali (modificazione delle condotte controproducenti). La procedura consiste in colloqui clinici settimanali, gruppi dinamici interattivi, assegnazione di homework (compiti a casa) cognitivi, emotivi e comportamentali.

Un secondo punto di riferimento teorico-pratico è quello sistemico-relazionale, per l'importanza del "contesto", relativamente all'eziologia, al trattamento, alla prognosi e al significato che esprime il comportamento tossicomane. Non a caso viene coinvolta (ma non colpevolizzata) la famiglia, come risorsa funzionale nel determinare il cambiamento della situazione problematica, attraverso periodici incontri di gruppo (una volta al mese) ed opportuni colloqui, soprattutto nella fase di inserimento.

Gli utenti:

- trovano un ambiente accogliente, immerso nel verde, a pochi chilometri dai mosaici, con appositi spazi per attività lavorative, ma anche ludico-ricreative;
- hanno la possibilità di usufruire di frequenti contatti con gli operatori, singolarmente e in gruppo. Nei momenti dedicati all'"Appello emotivo", dove ciascun utente esprime, un voto da 1 a 10, che rappresenterebbe il suo

serve a dare ordine e forma e scandire in maniera definita quelli che sono le aspettative e gli scopi che gli utenti si propongono di raggiungere nel loro percorso riabilitativo, fatto di numerose tappe, ognuna delle quali rappresenta un gradino necessario per realizzare il cambiamento desiderato.

Infine, gli operatori, settimanalmente, favoriscono la compilazione della "Scheda di autosservazione", mediante la quale l'utente ha possibilità di confrontarsi con se stesso, auto-monitorando i miglioramenti-cambiamenti significativi in relazione a comportamenti-bersaglio e scopi ben precisi. Anche questo strumento funge da potente rinforzo;

- ricevono un trattamento di consulenza psicologica, attraverso colloqui individuali (ogni settimana) e di gruppo (ogni 15 giorni), secondo la modalità del "Gruppo dinamico", del "Training assertivo" e dello "Psicodramma";
- conoscono ed utilizzano il "Training autogeno", ed altre tecniche di rilassamento;
- trovano "una famiglia", un "ancoraggio affidabile" e ritrovano la sensazione di un'accettazione incondizionale. In altre parole, un contesto che favorisce lo sviluppo del giusto senso della propria individualità, mentre al contempo offre un trattamento scientificamente strutturato che ha lo scopo di favorire:

1) La possibilità di viverci nuove, più adeguate e funzionali modalità di pensiero, emotive e comportamentali.

2) Il raggiungimento di uno stato di maggiore maturità e autonomia.

3) Il cambiamento dello stile di pensiero, mediante l'uso di strumenti clinici che consentono fondamentalmente di "riconoscere, contestare e riformulare" gli elementi disfunzionali del pensiero e di favorire la produzione di adeguate emozioni e comportamenti utili al miglioramento della qualità della vita.

4) Il recupero di qualità progettuali e lo sviluppo di capacità interpersonali.

Ho scelto operatori che, oltre ai titoli ed all'esperienza specifica, posseggono particolari capacità di comprensione e relazione necessarie per poter costruire una solida alleanza terapeutica con gli utenti. L'équipe è composta da personale professionista con esperienza teorico-tecnica specifica: a) un gruppo di Psicologi, tra cui un Responsabile del programma e un Coordinatore tecnico; e b) un gruppo di altre figure professionali, tra cui un Medico, un Assistente sociale, un Tecnico dei servizi sociali, un laureando in Psicologia, e due volontari del SCN.

Il Programma e le regole condivise

La REBT di Albert Ellis è una tecnica di intervento psicologico che bene si adatta alla problematica degli utenti tossicodipendenti ed alcolisti. Viene usata per lavorare sulla bassa tolleranza alla frustrazione, sui pensieri disfunzionali, sui sentimenti di ansia, depressione, ostilità e soprattutto colpa, sul senso della propria individualità, sul legame fra pensieri, emozioni e comportamenti, sull'argomento specifico della "scelta anziché rinuncia".

L'obiettivo è favorire negli utenti la possibilità di:

- essere più spontanei ed avere meno paura delle loro forti emozioni negative, creando le condizioni per poterle esprimere in un setting protetto;
- sviluppare la coscienza che tali emozioni sono solo emozioni, non sono cioè "bastonate". Anche se divengono spiacevoli o molto spiacevoli, possono essere saggiamente accettate e tollerate - il che di solito risulta essere più vantaggioso piuttosto che abbandonarsi ad esse. In tal modo, possono anche essere modificate, attraverso un'adeguata attivazione cognitiva e comportamentale;

- sviluppare la convinzione di poter gestire il loro destino emotivo, e la parallela convinzione che il loro presente può diventare il passato del futuro prossimo che loro desidererebbero. Si tratta cioè di divenire soggetti attivi e responsabili del loro destino, attraverso una maggiore consapevolezza dei "capricci" espressi dalle tendenze irrazionali (disfunzionali) che producono emozioni inadeguate. Allo stesso tempo, però, raggiungere una sempre maggiore consapevolezza della possibilità di dare, attraverso un certo impegno, più spazio alla razionalità, al ragionamento logico, realistico e funzionale di cui pure siamo capaci. Si tratta insomma di sviluppare un atteggiamento che lascia agire le emozioni soltanto

alla supervisione e preziosa disponibilità ed esperienza di Roberto Cafiso (Terapeuta REBT), della Comunità "Rinascita" a Siracusa.

In particolare siamo orientati a sviluppare e realizzare un sistema d'intervento pedagogico-terapeutico, che favorisca lo sviluppo del senso della responsabilità personale e delle regole di convivenza. Viene evitato cioè di imporre regole e di somministrare punizioni e quindi di puntare essenzialmente sul "divieto". Naturalmente viene riconosciuta la teoria secondo cui gli utenti sono viziati, e devono abituarsi alle frustrazioni, devono "adattarsi" alle regole di vita sociale, e devono chiedere il permesso per la qualsiasi cosa, in quanto non sono stati mai abituati a farlo, ecc..

divise, accettate e prodotte dal gruppo intero, operatori ed utenti, i quali con ruoli e motivazioni differenti si trovano a convivere assieme; dove l'utilizzo ed il rispetto di regole sociali aiuta a migliorare la qualità della vita, e perciò risulta essere semplicemente più vantaggioso.

Tale impostazione, unitamente allo stile educativo, richiede chiaramente uno sforzo non indifferente, una preparazione ed adeguata competenza tecnica, ma soprattutto esige particolari qualità personali ed umane. Abbiamo scelto una strada tortuosa e difficile, lungo la quale ogni operatore si trova ad avere frequentissimi contatti di sensibilizzazione e confronto con ciascun utente, soprattutto con quelli in fase iniziale di accoglimento nella struttura.

La strada più semplice sarebbe ovviamente quella di standardizzare il trattamento, anche rispetto all'uso di una serie di regole e punizioni. Ma ci domandiamo se questo modo di intervenire è utile agli utenti o soltanto agli operatori. La risposta è ovvia: agli operatori! I quali non sono così né motivati né tenuti a spiegare continuamente agli utenti il significato e l'utilità di ogni specifica regola. Hanno semplicemente il compito di "sorvegliare" che le regole vengano rispettate, ed assegnare eventuali punizioni prestabilite. Il rischio è però di continuare a colludere con lo stile di vita e di pensiero dell'utente, che da tanti anni si è abituato ed è bravissimo a giocare a guardie e ladri.

Noi intendiamo perciò utilizzare tutte le strategie, procedure e tecniche cognitivo-emotivo-comportamentali di una teoria e di una prassi essenzialmente umanistica e scientifica che ci permetta di rompere questo circolo vizioso e favorire nell'utente l'autore-sponsabilizzazione, il recupero della spontaneità, la comprensione di quanto sia inutile e dannoso perseguire un progetto e un comportamento manipolatorio, e quanto sia più utile e produttivo scegliere di rispettare alcune fondamentali e condivise regole sociali.

Tutto ciò ovviamente comporta un grosso impegno, ma i risultati ottenuti in questi mesi ci incoraggiano ad andare avanti per la via tracciata. In ogni caso, la nostra posizione è dotata di un largo margine di flessibilità e non esclude alcuna futura prospettiva di cambiamento.



quando ciò risulti utile a breve, medio e lungo termine, ma sempre sotto la diretta regia del buon senso e della ragionevolezza. In altre parole: favorire la possibilità che l'emozione possa essere al servizio della ragione.

Sto cercando di impegnarmi, con l'aiuto degli operatori, a realizzare un nuovo modo di portare avanti un Programma comunitario, attraverso l'utilizzo della teoria e della filosofia REBT, grazie alla Direzione scientifica affidata al dottor Cesare De Silvestri, (Psichiatra, Fellow e Supervisor dell'Albert Ellis Institute di New York, Presidente dell'Istituto REBT italiano, Didatta SITCC, APC, IACP e ASPIC) e

Questo è in parte vero, ma abbiamo dei dubbi sulle modalità d'intervento consigliate per raggiungere tali obiettivi. Riteniamo infatti che se imponiamo agli utenti di adattarsi ad un "elenco esposto" di regole ben precise ("doveri"), non facciamo altro che favorire il loro gioco, che è appunto quello di trasgredire le regole, accettare passivamente i rimproveri, i richiami, le punizioni, nonché illudersi e ingannare se stessi e gli altri significativi, attraverso la messa in atto di atteggiamenti manipolatori e di contestazione.

Nella nostra Comunità stiamo sperimentando un sistema terapeutico-operativo di "regole non imposte", ma con-

La preparazione al parto in ipnosi in acqua

il collega Lucio Riccobene ci condivide i punti salienti del metodo da lui elaborato.

In occasione della 12ª edizione del Premio Nazionale "Gigi Malafarina" 2003 di Giornalismo Arte, Cultura e Scienza (intitolato al giornalista Gigi Malafarina scomparso 15 anni fa) per la sezione scientifica, il premio è stato assegnato al collega Lucio Riccobene per il suo metodo combinato sulla preparazione al parto in Ipnosi in Acqua.

Tra gli altri premiati: per la sezione cultura, il Magnifico Rettore dell'Università della Calabria e, per il suo impegno nel sociale, il Sindaco di Reggio Calabria già Presidente della Regione Calabria.

Il dr. Lucio Riccobene è Psicologo e Psicoterapeuta Specializzato in Psicoterapia Ipnocica e Docente di Ipnosi Clinica, lavora presso la A.U.S.L. n°4 di Enna, ha portato il suo metodo in diversi congressi nazionali ed internazionali, in particolare nel 1996 al 7° congresso europeo di Ipnosi svoltosi a Budapest, presentò agli studiosi ed agli specialisti dell'Ipnosi Clinica il lavoro svolto ad Enna suscitando molto interesse.

Abbiamo chiesto al Dr. Riccobene com'è nata l'idea di coniugare la tecnica ipnotica con l'acqua. La tecnica nasce circa dieci anni fa in seguito ad alcune riflessioni su cosa fare per aiutare la gestante a superare le difficoltà che provava in taluni momenti del percorso nascita: mi riferisco in maniera particolare alla sua incapacità di gestire la paura ed il proprio corpo in rapporto con gli eventi interni ed esterni; situazioni, queste, che se non controllate opportunamente, la portano verso uno stato, cosiddetto dissociativo, in cui si perde la consapevolezza del rapporto con la propria realtà ed il mondo esterno, rendendo molto difficoltoso se non patologico tutto il processo del parto. Per tentare di superare queste difficoltà ricorremmo ad un'idea: la combinazione di due elementi naturali, l'ipnosi e l'acqua, che hanno lo scopo di permettere alla donna di conservare l'autogestione e l'autocontrollo del proprio corpo.

L'IPNOSI è un particolare stato psiconeurofisiologico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto per mezzo del rapporto che si viene a creare tra questi ed il sanitario specialista ipnologo.

L'ACQUA viene usata per consentire alla gestante di entrare empaticamente in un rapporto più profondo quasi reale con il bambino, perché ella stessa sperimenta, immersa nell'acqua, quello che nel liquido amniotico avverte il suo bambino.

Si realizza una esperienza che possiamo definire non solo di preparazione al parto per il superamento del dolore ma una complessa ed articolata educazione prenatale che considera il bambino come un essere vivente già capace di percezioni. L'acqua diventa un veicolo che favorisce la comunicazione madre-padre-bambino e l'ipnosi un mezzo fisiologico che consente di arrivare, più profondamente e direttamente, a "parlare" con il proprio figlio condividendo esperienze e sensazioni. Inoltre si creano condizioni di rilassamento fisico e mentale adatti affinché il nascituro sviluppi, già in utero, una primordiale acquisizione di stimo-

li sensoriali rassicuranti che potrebbero costituire il "primo" mattone per la strutturazione di una sana personalità.

Nei corsi coinvolgiamo anche il padre, facendolo partecipare attivamente, perché vogliamo fornire alle donne un ulteriore elemento di sicurezza; inoltre favoriamo il rapporto affettivo ed emozionale della coppia, portandola verso una dimensione di aggregazione nuova che sviluppa la responsabilità genitoriale necessaria al nuovo impegno familiare.

In maniera pratica, il metodo si avvale di 5 sedute di circa un'ora ciascuna effettuate in una piscina riscaldata, durante i quali la gestante viene posta in ipnosi al fine di raggiungere uno stato di rilassamento muscolare e psichico; in questo stadio vengono loro descritte le varie fasi del parto e del post partum che, quindi, sono precocemente sperimentate e vissute in condizioni di estrema serenità. Il controllo sullo stato emotivo ed il vissuto del proprio corpo possono elevare notevolmente la soglia percettiva del dolore perché la mancanza dello stato di tensione, dovuta all'ansia, diminuisce lo stimolo doloroso stesso.

I due momenti (l'esperienza simulata e lo stato di rilassamento) vengono "incollati", utilizzando tecniche di condizionamento pavloviano, tramite un segnale convenuto che consiste nella chiusura a pugno della mano destra.

Considerato che il nostro cervello fissa sia l'apprendimento di un fatto reale che l'apprendimento di fatti realizzati in ipnosi, come se fossero stati vissuti realmente, queste sedute rappresentano un reale contenuto di esperienze anche in donne che non hanno mai partorito. Tutto questo poi "ritorna" negli avvenimenti reali del travaglio, del parto e della sutura, anche perché il "richiamo" dello stato di calma e di rilassamento, già collegati a tali esperienze, viene evocato automaticamente dal segnale convenzionato di chiusura a pugno della mano destra.



Il collega Riccobene durante l'ipnosi in acqua

In maniera esemplificativa si può paragonare questo processo un po' come gli attori che prima della recita pubblica fanno le prove generali come se fossero reali.

Complessivamente con questa metodica abbiamo notato: una diminuzione nei tempi del travaglio; notevole calma nell'affrontare il travaglio ed il parto; sensibile riduzione del dolore; scarsissima richiesta di sedativi ed analgesici; significativo stato di rilassamento; ridotte lacerazioni; allattamento al seno nella quasi totalità dei casi; notevole miglioramento del rapporto di coppia e di accettazione del nascituro; aumentata capacità di "sentire" il bambino; capacità di autogestione e di autocontrollo.

Percorsi nella solitudine contemporanea

*Riflessioni sul Convegno Nazionale
tenutosi a Catania il 7 maggio 2004*

*Bonforte Raffaella Maria - psicologo
Toscano Gabriella - psicologo*

L'Associazione culturale Crocevia nasce a Catania nel 2002 da un gruppo di colleghi interessati alla psicologia del profondo, ed in particolare al pensiero di C. G. Jung e di J. Hillman, con l'obiettivo di fare cultura psicologica, ponendo particolare attenzione, come si evince dalla sua stessa denominazione, all'intersezione fra la nostra disciplina e le altre multiformi discipline scientifiche, umanistiche e artistiche.

L'Associazione ha dedicato l'anno 2003/2004 ad una riflessione sul tema della Solitudine, condizione esistenziale di fondamentale importanza nella strutturazione dell'identità di ogni individuo e che nella società contemporanea assume significati spesso nuovi ed inesplorati.

È stato realizzato un ciclo di seminari che hanno consentito il confronto tra le narrazioni di alcune tra le diverse possibili solitudini dell'esperienza umana. Nella prospettiva di un percorso tra le solitudini, i seminari sono stati itineranti, si sono quindi svolti in luoghi di cultura diversi.

I colleghi che hanno offerto le loro riflessioni sul tema, si sono soffermati sul legame tra solitudine e processo d'individuazione (Daniele Borinato, Gabriella Toscano), sull'esplorazione del sentimento di solitudine nell'opera dello scrittore giapponese Haruki Muratami (Lilia Di Rosa, Angela Giannetto). Si è affrontato inoltre il tema delle "separazioni necessarie" sulla base delle quali si struttura l'individuale vissuto della solitudine (Riccardo Mondo, Luigi Turinese).

Parallelamente l'Associazione si è impegnata a realizzare, in collaborazione con l'Istituto di Ortofonia di Roma, una ricerca svolta nelle scuole elementari e medie di Catania e Roma allo scopo di esplorare la percezione che i bambini hanno della solitudine sia come esperienza oggettiva sia come sentimento soggettivo.

Il Convegno nazionale "Percorsi nella Solitudine Contemporanea" ha rappresentato la tappa finale di questo percorso che ha stimolato i partecipanti ad una riflessione in un contesto più ampio.

Si è tenuto il 7 maggio a Catania presso le Biblioteche riunite "Civica e Ursino Recupero" ed è stato patrocinato dall'Ordine degli Psicologi della Regione Sicilia e dal Comune di Catania.

L'evento ha richiamato un pubblico ampio ed eterogeneo: varie le professionalità presenti in sala, fra cui colleghi psicologi ed insegnanti delle scuole che hanno consentito la realizzazione della ricerca.

Il convegno è stato strutturato in due sessioni: Gli ambienti della solitudine, moderata dal Preside della Facoltà di Architettura di Catania, Ugo Cantone e I tempi della solitudine, moderata dal Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana, Fulvio Giardina.

Ha aperto i lavori il collega e psicologo analista

Riccardo Mondo, Presidente dell'Associazione Crocevia, che, evidenziando l'aspetto paradossale ed ambivalente dell'esperienza della solitudine per l'animo umano, asserisce: Si potrebbe forse affermare che ogni condizione umana contenga una quota di desiderio della condizione di solitudine per l'anelato ritrovamento della dimensione più intima di noi stessi ed una quota di orrore per la stessa solitudine, come perdita della dimensione di appartenenza ad altri.

Egli ha sottolineato come nella società contemporanea sembra aleggiare la ricerca ossessiva del contatto con l'altro, senza poi riuscire a maturare un senso di appartenenza. Questa compulsione alla relazione contribuisce fortemente a darci una visione negativa della solitudine che a sua volta genera disturbi.

Riccardo Mondo coglie la profondità della solitudine nella creatività e nell'amicizia che, come sostiene Jung, fiorisce soltanto quando ogni individuo è memore della propria individualità e non si identifica con gli altri.

Il luogo del ragionare della psicologa analista Elena Liotta (Orvieto), che ha presentato contestualmente il suo ultimo lavoro editoriale "Le Solitudini nella società globale" (La Piccola Editrice, 2003), è stato il rapporto tra individuo e società, da intendersi quest'ultima nelle sue varie forme, a partire dalla famiglia fino alla società globale del mondo contemporaneo. Secondo la psicologa analista, oggi possiamo parlare di una nuova forma di solitudine che lei stessa, parafrasando la terminologia psichiatrica, definisce l'urlo muto dell'autismo, di chi si sente avvolto in qualcosa di insormontabile che inibisce il dialogo con interlocutori esterni sempre più lontani. Dalle comunicazioni di pazienti, la Liotta ha potuto comprendere e riportarci alcune disfunzioni che affliggono la apparentemente normale vita quotidiana, dominata da produzioni tecnologiche, da luoghi e spazi che possono diventare, come lei stessa afferma, luoghi di solitu-





ge infatti il bambino alla ricerca di situazioni in cui può dimostrare a se stesso e agli altri che è in grado di farcela da solo. Il bisogno di dipendenza che fa spesso da contraltare alle spinte evolutive lo porta invece al terrore dell'abbandono, quel terrore che lo espone nella fantasia a ogni sorta di angheria da parte dell'adulto.

La solitudine permea l'esistenza di ognuno fin dai primi anni di vita ed è spesso, sia per il bambino che per l'adulto, fonte di preoccupazioni per la paura di non saper affrontarla; ancora più rischioso, secondo la Di Renzo, è negare tale esperienza.

La psicologa analista a tal proposito ricorda quanto già affermò Hillman nel suo "Codice dell'Anima" (1997), parlando di un senso di solitudine archetipico, intrinseco alla condizione umana: Essere vivi è anche essere soli. Se esiste un sentimento di solitudine archetipico, che ci accompagna sin dall'inizio, non è negativo, ma piuttosto diventa alienante cercare di eliminarlo.

Da un punto di vista evolutivo inoltre, la solitudine intesa come "capacità di essere solo", costituisce un momento di straordinaria importanza per il bambino perché lo apre a nuove esperienze e a nuove strategie per affrontare il già noto.

Magda Di Renzo inoltre, riguardo alla possibilità che si espliciti la "capacità di essere soli" distingue tre fasi: "fare da soli", "essere soli" e "sentirsi soli". Ne parla raccontando quanto è



dine rinfrescante o luoghi di frustrazione e di rabbia.

La riflessione è complessa e accosta la solitudine alla perdita o alla relativizzazione di valori e alla confusione delle ideologie nella società globale e postmoderna.

Sostiene la psicologa analista che la tecnologia è al servizio tanto del bene quanto del male. Ma quando lo è del male la sua pericolosità diventa planetaria e fonte di una precarietà interiore che fa sentire soli e minacciati anche chi non attraversa una solitudine personale. Quindi usa l'espressione di solitudine globale e planetaria.

Paradossalmente la solitudine personale (sia l'essere soli che il sentirsi soli) diviene addirittura un indice di adattamento o disadattamento. Nella solitudine di chi deserta (per esempio del viandante, del barbone, dell'artista, del profeta) si intravede quasi una sorta di rifiuto consapevole di una comunità che, come una madre invischiante e patologica, induce alienazione e malattia nei suoi figli. La solitudine che va riabilitata è la solitudine del processo d'individuazione, la solitudine dell'essere e rimanere individui all'interno della comunità, la solitudine che fa pensare, che permette l'attenzione necessaria a conoscere meglio il proprio mondo interno, che aiuta a scoprire i propri valori e risorse inaspettate, a comprendere le scelte da fare, le decisioni da prendere.

Gli architetti Ugo Cantone e Carlo Truppi, Professore Ordinario della Facoltà di Architettura di Catania e autore, con James Hillman, di un recente volume sul rapporto tra archi-

tettura e psicoanalisi, hanno offerto uno stimolante contributo sulla questione della progettazione degli spazi e dei luoghi delle città e sul rapporto fondamentale con la qualità di vita delle persone che vi abitano. Al di là delle soluzioni tecniche adottate, l'architettura implica un enorme responsabilità perché essa rispecchia sia l'armonia che la distonia. Da qui l'ambiguità e difficoltà del costruttore che ha a che fare anche con difficoltà imposte dal committente o burocratiche o di finanziamento. L'edilizia presuppone una antropologia, senza la quale il pericolo è l'alienazione e la nevrosi, la perdita dell'anima dei luoghi.

L'architettura modernista ha sostituito l'individualità, la specificità di ogni luogo con l'idea di uno spazio "vuoto". In troppi casi, afferma Truppi, la modernità ha agito come un detersivo che ripulisce tutto, un acido che elimina i segni.

Il Convegno è stato inoltre arricchito dalla performance teatrale realizzata ad hoc dal regista Gioacchino Palumbo. Attrici del Teatro del Molo 2 hanno emozionato la platea recitando brani di Beckett e Dacia Maraini.

Nella seconda sessione, Magda Di Renzo, Responsabile del servizio di psicoterapia per l'infanzia e l'adolescenza dell'Istituto di Ortofonia di Roma, si è soffermata sulla solitudine nell'infanzia, perché, come sottolinea, è proprio nell'infanzia che la solitudine trova le sue origini e le sue manifestazioni peculiari sia in senso positivo che negativo.

Il desiderio di autonomia che accompagna una crescita serena spin-

emerso dalla voce ed esperienze di bambini incontrati nella pratica clinica.

Da alcune storie emerge che molti bambini apprezzano il silenzio nella solitudine come una condizione positiva piuttosto che di rifiuto.

Mentre il "fare da soli", sia pur in presenza di altri, costituisce la prima forma di concentrazione su un'attività e richiede un confronto con le proprie risorse ed il ricorso alla propria creatività, "essere soli" è il raggiungimento di una dimensione di separazione basata su una relazionalità interna che permette un vero percorso individuativo.

Ma esistono anche altre solitudini connotate come rifiuto o abbandono, laddove la solitudine è un sentimento straziante che impedisce nuove vicinanza, o laddove la solitudine è difesa radicale alla vita.

Particolarmente interessante anche la presentazione della ricerca, ancora in fase di elaborazione, realizzata da Magda Di Renzo, Riccardo Mondo, Raffaella Maria Bonforte e Gabriella Toscano su un campione di circa 1000 bambini e ragazzi di età compresa tra i 5 ed i 15 anni nelle città di Catania e Roma. La finalità è stata l'esplorazione della percezione che i bambini hanno della solitudine mediante la somministrazione di un questionario appositamente costruito.

Da una prima analisi dei dati raccolti, sono emersi spunti per interessanti riflessioni. L'attività che i bambini fanno più frequentemente da soli (oltre l'85% delle risposte) è guardare la TV. Ciò sembrerebbe confermare il ruolo di baby sitter o terzo genitore che il piccolo schermo ha assunto nella nostra società, nonostante da più parti venga sottolineato che guardare la TV insieme ai propri figli è importante per dare loro una chiave di interpretazione per capire ciò che appare sul teleschermo; si aiutano così i bambini ad avere un atteggiamento più attivo di fronte all'immagine, alle emozioni e ai messaggi televisivi.

Oltre il 70% ha affermato di giocare da solo, qualche volta, spesso o sempre, e a questo proposito pare opportuno specificare che se a volte il bambino gioca da solo perché non ha compagnia, frequentemente egli ricerca questi momenti di solitudine.

Generalmente si tende ad attribuire alla parola "solitudine" una connota-

zione negativa, considerandola espressione di una inadeguata o mancata socializzazione e quindi come qualcosa da modificare e correggere, aiutando i bambini ad inserirsi il più possibile nel gruppo sociale. Da ciò deriva quello che potremmo chiamare un fenomeno di "riempimento del tempo", cioè la tendenza degli adulti a pianificare la giornata dei bambini con attività varie e incalzanti, da svolgere preferibilmente in gruppo, costringendoli ad autentici tour de force: calcio, danza, corsi di musica ecc. Se questo da una parte rivela una sempre crescente attenzione nei confronti dell'infanzia, dall'altra nega al bambino quello spazio mentale necessario per pensare, riflettere e scoprire la propria vita personale.

L'importanza dell'esperienza della solitudine sembra confermata anche dal dato che per circa la metà dei soggetti intervistati il bello dello stare soli consiste nel poter giocare in santa pace senza essere disturbati e nel poter fare quel che si vuole. Solo il 18% dei ragazzini ritiene che non vi sia nulla di bello nello stare soli.

La solitudine inoltre non è considerata inattiva e le attività che i bambini preferiscono fare da soli sono quelle di movimento (26%), tra cui il ballo, ma anche sport che si svolgono solitamente in squadra, primo tra tutti il calcio, giocare al computer (19%), disegnare, studiare o pensare (13%). Di poco inferiori al 10% sono i bambini che preferiscono giocare di fantasia. Soltanto il 10% ha affermato che non ama fare alcuna attività da solo.

Il brutto della solitudine è, oltre che il sentirsi soli, la paura (dei ladri, dei fantasmi, dei mostri ecc.), la noia o la tristezza.

Alla domanda "Qual è la persona più sola che riesci ad immaginare?" i bambini hanno indicato più spesso barboni, poveri, orfani, malati, anziani ecc. e la percentuale di bambini che ha fornito questo tipo di risposta aumen-

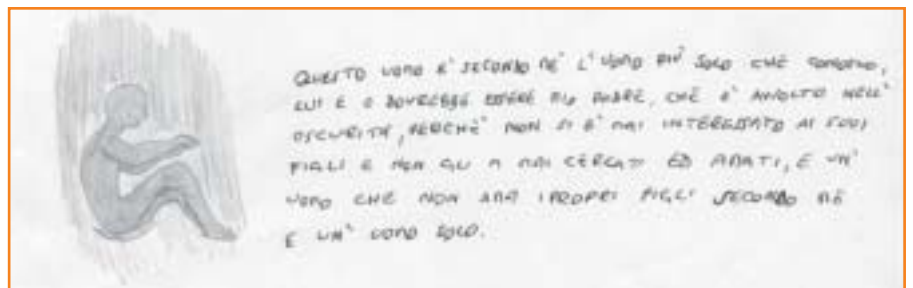
ta con l'età; ciò è probabilmente attribuibile alla maggiore capacità di astrazione dei bambini più grandi. I più piccoli hanno più spesso indicato amici o familiari, come la mamma, sola perché rimane in casa quando il marito è al lavoro ed i figli sono a scuola, o le persone che non hanno un partner accanto, cioè che non si sono sposate o sono rimaste vedove. I nonni sono considerati molto soli da oltre il 10% dei bambini, invece il 4% ha indicato se stesso come persona più sola che riescono ad immaginare. Non sono mancate le risposte originali, come, ad esempio, le molto attuali Bin Laden e Saddam Hussein, perché sono malvagi, oppure Gesù.

Dall'indagine è anche emerso che per il 27% dei bambini più piccoli (5-7 anni) il colore della solitudine è il rosso, mentre con l'aumentare dell'età vi è un netto spostamento verso il nero ed il grigio.

L'ultima domanda lasciava molto spazio alla fantasia, infatti chiedeva ai bambini cosa farebbero con una bacchetta magica quando sono soli e le risposte sono state molto varie. In tutte le fasce d'età, la categoria più rappresentata è "Far comparire persone", di solito amici, ma anche i genitori. Possiamo osservare però delle differenze, infatti con l'età aumentano i soggetti che userebbero la bacchetta per scopi non individualistici, per esempio per portare la pace nel mondo, eliminare la sofferenza o dare i genitori a tutti i bambini orfani.

La ricerca ha suscitato molto interesse tra i presenti in sala ed ha stimolato un vivace dibattito, moderato dal nostro presidente Fulvio Giardino.

Ricca e commovente è stata infine la produzione grafica, esposta nella sala, che i minori intervistati hanno realizzato rispondendo alle consegne "Disegna una persona sola" e "Disegna la persona che potrebbe farle compagnia".



Riflessioni sul Convegno:

"La riabilitazione della persona con handicap: figure professionali coinvolte, nuovi orientamenti legislativi e modalità di finanziamento", 13 Dicembre 2003, Comunità Educativa di Baida.

Scaletta Giovanni - psicologo

Scimeca Gianna Patrizia - psicologo

Il Convegno dal titolo "La Riabilitazione della persona con handicap: figure professionali coinvolte, nuovi orientamenti legislativi e modalità di finanziamento", è stato organizzato nell'ambito delle iniziative previste per il 25° anniversario dell'apertura della Comunità Educativa ed in occasione dell'anno europeo delle persone con disabilità.

L'iniziativa ha inteso promuovere un dibattito che coinvolgesse referenti istituzionali, professionisti della riabilitazione, disabili e loro familiari, affinché si facesse chiarezza su alcuni temi e cioè la specificità professionale dello psicologo nel settore della riabilitazione ed alcune nuove modalità di finanziamento dei servizi previsti per i disabili.

Ha presenziato ai lavori il Cardinale Salvatore Pappalardo, Arcivescovo Emerito di Palermo che ha voluto in tal modo, sottolineare la rilevanza della tematica ed il suo valore civile. Ha aperto i lavori il dott. Giovanni Scaletta, Direttore Tecnico della Comunità Educativa. Nel suo intervento ha evidenziato un aspetto paradossale insito nella progettualità politico-economica riguardante i disabili: da una parte infatti, si fa riferimento ad una prospettiva culturale di coinvolgimento degli utenti nella progettazione di servizi più vicini alle loro reali esigenze, dall'altra, si prevedono modalità di finanziamento non definite in maniera concertata tra le istituzioni coinvolte, che rischiano di privare i soggetti disabili di servizi per loro importanti di cui hanno finora beneficiato.

Lo spunto per l'organizzazione dell'iniziativa è stato rappresentato da una circolare della Azienda USL inviata all'Assessorato Sanità ed ai Centri di Riabilitazione. Tale

circolare, citando il D.P.C.M. 29/11/01 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", e il D.P. della Regione Siciliana 4 Novembre 2002, segnava il trasferimento da parte della Asl al Comune, del pagamento del 30% della retta per le prestazioni rivolte a disabili adulti gravi in regime semiresidenziale e residenziale, finora totalmente a carico del S.S.N. Il Comune, dal canto suo, sembrava non essere stato coinvolto in questa scelta e poteva rifiutare questa attribuzione, non considerandola di sua competenza; qualora poi, si fosse assunto la quota stabilita a suo carico, avrebbe comunque potuto richiedere una compartecipazione economica alle famiglie che si sarebbero in questo caso trovate in difficoltà. Nel frattempo ai Centri di Riabilitazione non sarebbe stata corrisposta la quota in oggetto e questo avrebbe causato notevoli difficoltà gestionali per garantire il servizio previsto.

Sulla questione sono intervenuti diversi rappresentanti istituzionali.

Il direttore del Dipartimento di Riabilitazione dell'Azienda Asl 6 di Palermo (dott. S. Scaduto) pur ribadendo la liceità della scelta effettuata dalla Asl, si è dichiarato disponibile a rivedere tale posizione, qualora l'Assessorato Regionale Sanità si fosse pronunciato sulla materia, in modo diverso.

Rispetto all'applicazione dei criteri previsti dalla tab. 4 comma 1 del D.P.C.M. 14 Febbraio 2001, il dott. Scaduto ha precisato, inoltre, che in questa prima fase non sarebbero stati interessati, dalla variazione del finanziamento delle prestazioni riabilitative, i minori di 18 anni.

Il rappresentante del Comune (dott. M. Rizzuto), ha riconosciuto a proprio carico tutte le prestazioni a carattere sociale, mentre quelle riabilitative, poiché hanno un carattere sanitario, sono state considerate di pertinenza della Asl,



Il tavolo dei relatori al Convegno



La Comunità Educativa Baida

con la conseguenza che questa avrebbe potuto chiedere una compartecipazione economica al Comune, solo se fossero stati modificati i criteri di definizione della prestazione riabilitativa, intensificandone il carattere sociale.

Il funzionario dell'Assessorato Regionale della Famiglia, delle Politiche Sociali ed Autonomie locali (dott. S. Richiusa) nel suo intervento ha evidenziato come la realizzazione di un sistema integrato di servizi alla persona, previsto dalle linee guida per l'attuazione del piano socio-sanitario della regione Sicilia, richieda un coordinamento ed una comunicazione non solo all'interno della Asl, ma anche tra Asl ed altri soggetti, in questo caso il Comune.

Chiarificatore è stato l'intervento del coordinatore del Gruppo IV dell'Ispezzorato Regionale Sanitario (dott. M. D'Arpa), che ha segnalato una differenza tra la linea attuativa seguita dalla Asl di Palermo e le disposizioni inerenti l'intervento riabilitativo recepite dal Piano socio-sanitario regionale. Ha precisato che la Asl, considerando come prestazioni di tipo socio-sanitario, interventi qualificati finora come riabilitativi ed a carico integralmente del SSN, rischia di attivare una fuga in avanti. La competenza tariffaria è inoltre, di pertinenza dell'Assessorato Sanità ed è esso che determina le forme di compartecipazione, che peraltro non sono previste per

le prestazioni ex art. 26 L.833/78 (1).

(1) L. 23 Dicembre 1978 N.833 Art. 26 - Prestazioni di riabilitazione. Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con Istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale. Sono altresì garantite le prestazioni protesiche nei limiti e nelle forme stabilite con le modalità di cui al 2° comma dell'art. 3. Con decreto del Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, sono approvati un nomenclatore-tariffario delle protesi ed i criteri per la sua revisione periodica.

Il Presidente del Coordinamento dei diritti dei disabili della Regione Siciliana (Sig. S. Crispi) ha parlato della necessità di rendere uniforme il livello di prestazioni nel territorio siciliano e di non penalizzare i Centri che effettuano prestazioni riabilitative in regime residenziale e semiresidenziale, ma soprattutto, gli utenti dei servizi e le loro famiglie.

Altra importante tematica, affrontata durante il convegno, ha riguardato l'importanza della figura dello psicologo nel settore della riabilitazione. Il dottor M. Darbisi, neurologo e fisiatra, coordinatore del servizio erogazione protesi, presidi e fisioterapia dell'ASL n.6 di Palermo, ha sottolineato la rile-

vanza del lavoro multidisciplinare e dell'intervento con le famiglie. Il dott. C. Casiglia, consigliere dell'Ordine degli Psicologi, già componente dell'Unità Multidisciplinare per l'Handicap di Cefalù, ha sottolineato il sostegno dell'Ordine per ogni iniziativa volta a valorizzare il lavoro dello psicologo nel settore dell'handicap, di fronte a politiche sanitarie tendenti a medicalizzare i servizi e a non riconoscere le specificità professionali dell'intervento psicologico e la sua importanza in questo settore.

La specificità dell'intervento psicologico e la professionalità che esso richiede, spesso non viene colta non solo tra la gente comune, ma anche negli ambienti sanitari. Ad es. molti possono concepire il sostegno psicologico come un semplice "incoraggiamento", e non comprendono che l'"incoraggiamento", qualora venga effettuato dallo psicologo, prevede comunque, un inquadramento del problema, una chiave di lettura chiara dello stesso ed una progettualità di cura rispetto alla quale fare un intervento di questo tipo acquista un senso ben preciso. Lo psicologo nell'ambito della riabilitazione può fare tantissimo, dal lavoro con gli operatori, a quello con gli utenti e le loro famiglie. A questo proposito è stato presentato brevemente il modello di intervento applicato presso la Comunità Educativa di cui a seguire si riportano i punti salienti.

La Comunità Educativa è un Centro di Riabilitazione per disabili, ubicata nella zona di Baida a Palermo.

La struttura, aperta nel 1978 per volontà del Cardinale Salvatore Pappalardo, convenzionata con il SSN ai sensi dell' art. 26 L. 23/12/1978 N.833, effettua prestazioni riabilitative in regime ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale con un personale composto da 50 operatori fra terapisti della riabilitazione, neuropsicomotricisti, logopedisti, medici, psicologi, assistenti sociali, ausiliari, infermiere, amministrativi.

Il modello di intervento riabilitativo che il Centro cerca di realizzare si basa sulla "presa in carico globale del soggetto disabile", con l'obiettivo di favorire il recupero della persona nei suoi diversi aspetti: fisico, psicologico, relazionale. L'intervento si effettua attraverso un approccio multidiscipli-

nare in cui le competenze specifiche degli operatori si integrano per giungere ad una condivisione di obiettivi e strategie operative. Il piano di lavoro prevede inoltre, il coinvolgimento dei familiari come parte integrante del trattamento, poiché il loro vissuto della disabilità influenza profondamente le prospettive di recupero dei pazienti in trattamento. I familiari sono guidati e sostenuti nel processo di progressiva comprensione dei problemi e dei bisogni del loro congiunto e della loro reazione alla "crisi" rappresentata dall'evento malattia che colpisce la famiglia.

Relativamente all'intervento psicologico all'interno del Centro, esso si articola secondo modalità differenziate nei diversi contesti riabilitativi, domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale.

A livello ambulatoriale, l'intervento psicologico può assumere una funzione direttamente terapeutica (psicoterapia individuale, sostegno psicologico individuale, trattamento abilitativo o riabilitativo delle funzioni psichiche), oppure produrre effetti terapeutici indiretti sul paziente, attraverso un intervento di mediazione tra il terapeuta, l'utente ed i suoi familiari, per migliorare la compliance al trattamento ed i processi comunicativi, incontri informativi per favorire la condivisione, l'apertura, la fiducia nelle figure terapeutiche e l'autoefficacia, o ancora attraverso attività di sostegno o psicoterapia familiare, per migliorare il clima affettivo dell'ambiente di vita del soggetto.

Nel contesto domiciliare lo psicologo può svolgere una funzione di mediatore tra il Centro di riabilitazione e l'utente, favorendo l'esame di realtà ed attenuando le fantasie di carattere paranoico-persecutorio che spesso si innescano in seguito ai vissuti di rabbia ed a meccanismi difensivi di tipo proiettivo che si amplificano con la "crisi" indotta dalla malattia.

L'intervento psicologico è mirato a migliorare la disposizione al trattamento riabilitativo, a favorire l'attivazione dei fattori psico-sociali degli utenti e del loro ambiente familiare e sociale e si realizza attraverso una facilitazione del riconoscimento, dell'espressione e della gestione delle proprie emozioni, attraverso suggerimen-

ti, chiarificazioni, minimi addestramenti al problem-solving e tentativi di costruzione o ristrutturazione di "reti" di sostegno sociale e mentale che diano senso non solo disperante alla vita dell'utente.

Nel contesto semiresidenziale, l'intervento psicologico, effettuato mediante sedute individuali, oppure in assetto di piccolo gruppo (laboratori esperienziali) si pone l'obiettivo, nei casi ove questo sia possibile, di fornir-



re sostegno psicologico ai soggetti ed ai loro familiari, favorendo l'elaborazione dei vissuti che accompagnano le gravi situazioni di disabilità, aiutando i genitori ad assumere atteggiamenti educativi più funzionali, creando per i ragazzi uno spazio (non solo fisico) in cui possano sentirsi liberi di esprimere le sofferenze, i desideri, l'eventuale aggressività.

Come non considerare dunque, la rilevanza professionale di questa figura in questo settore? Si può non riconoscere la valenza sanitaria di questo tipo di prestazioni?

A partire da tutti questi stimoli, il dibattito è stato molto animato: si è rilevato che la richiesta di una partecipazione del Comune al pagamento della retta, avrebbe segnato un primo passo verso il mancato riconoscimento della valenza sanitaria della riabilitazione e avrebbe rischiato di schiacciare la presenza dello psicologo e dell'assistente sociale ai margini del problema fisico che risulterebbe preminente, a scapito della pluralità degli aspetti psicologici e sociali che lo caratterizzano in maniera determinante. Si è anche evidenziato che la partecipazione dei cittadini ai piani di zona ed in generale alle situazioni di progettazione di servizi loro rivolti, per quanto auspicata e prevista, non è

stata garantita adeguatamente ed anche alcuni enti che operano nell'ambito della disabilità, si sono sentiti esclusi dalla programmazione. Si è puntualizzata la difficile situazione in cui viene a trovarsi un genitore il cui figlio è ricoverato in altre province, a causa della differente applicazione della L. 328/00 da parte delle Asl della Regione e sono state espresse lamenti da parte di utenti e familiari per alcuni disservizi ad opera del

Comune e della Asl di Palermo che penalizzano i disabili e le loro famiglie.

In seguito a questa iniziativa, la Comunità Educativa, insieme ad un gruppo di genitori ed altre strutture operanti nel settore, ha ritenuto opportuno invitare l'Assessorato Regionale alla Sanità a pronunciarsi sul merito della questione del finanziamento delle prestazioni riabilitative per i soggetti in regime di seminternato.

L'Assessorato ha chiarito in modo inequivocabile con nota del 15/06/2004 che le prestazioni erogate dai Centri ex art. 26 L 833/78 sono completamente a carico del SSN.

L'Asl 6 non ha potuto fare altro che adeguarsi alle direttive assessoriali.

L'accaduto dimostra che, quando si vogliono fare delle "fughe in avanti", nel senso che si assumono delle decisioni unilaterali, senza un adeguato confronto con altre parti coinvolte e senza un approfondimento sereno della normativa, si rischia di creare allarmismi ingiustificati per i disabili ed i loro familiari e di abbassare il livello qualitativo dei servizi loro offerti. La possibilità di un confronto sereno e costruttivo tra le parti, quale si è realizzata durante il Convegno, è sempre auspicabile e dovrebbe diventare patrimonio culturale condiviso dall'intera collettività.

"Etnie, arti e terapie" ...Strade per incontrarsi.

Maria Gabriella D'Angelo - psicologo

Questo articolo è il risultato di un mio interesse su un tema affascinante e complesso qual'è quello dell'immigrazione, un argomento, a tutt'oggi, molto dibattuto sul piano politico per quel che riguarda soprattutto la sicurezza nazionale e certamente noto ai più attraverso informazioni che periodicamente entrano nelle nostre case sotto forma di flash e filmati e che rimandano ad immagini di enormi masse di gente che varcano i nostri mari in un "non luogo di disperazione".

Mi chiedo: tutto questo ha poi come risonanza un autentico e continuativo interesse sul piano umanistico-esistenziale ?!

I dati della Caritas mettono in evidenza, come nell'immaginario comune, l'immigrazione sia considerato un fenomeno di recente esperienza in Italia ed invece la realtà ci indica che i primi flussi di immigrazione sono iniziati negli anni 60, ed è per questo che il fenomeno non lo si può considerare ancora ad uno stato emergenziale, ma ha già assunto una sua dimensione strutturale (F. Bentivogli, Caritas).

Questi, come altri spunti di dibattito, sono stati i temi scelti per il Convegno a cui ho partecipato, e che si è svolto a Catania nell'ottobre del 2003, organizzato dalla FENASCOP (Fed. Naz. Strutture Comunitarie Psicosocioterapeutiche) presso il Centro Congressi "Le Ciminiere" di Catania, rivolto a specialisti del settore sanitario e sociale e a studiosi che a vario titolo ne sono coinvolti.

È proprio in questa sede che la Caritas ha fornito un Dossier che studia il fenomeno nel contesto internazionale con particolare riferimento all'Italia, dandoci un resoconto abbastanza dettagliato dell'inserimento socio-culturale degli immigrati (Scuola, salute, giustizia ecc.) e del mondo del lavoro.

La Sicilia è l'ottava regione d'Italia per numero di presenze di stranieri (3,3% del totale nazionale).

I dati supportano una caratteristica di stabilità data dalla prevalenza di coniugati (circa il 59%), e di dipendenti occupati (circa il 79%) nei settori dell'agrimonia, alberghiero, della ristorazione.

Di queste presenze, il maggior numero sono africani e asiatici.

La concretezza di questi dati, tuttavia, come spesso accade, non dà ragione della complessità dell'inserimento di queste persone, dei disagi che affrontano quotidianamente nel rapporto con gli "autoctoni" e come quest'ultimi vivono le nuove/strane relazioni.

Più volte è stato ribadito dai relatori che il vissuto psicologico di queste persone, come del resto è prevedibile, è conflittuale poiché, se da un lato si osserva il desiderio o forse, si dovrebbe dire, la necessità di vivere in città più ricche, senza guerre, dall'altro il legame con le proprie origini causa un senso di perdita, di comprensibile nostalgia.

L'immigrato continua a vivere "come se" dovesse integrarsi nell'altra cultura ma allo stesso tempo continua a pensare di ritornare presto al suo paese.

È una persona che si vive "in transito".

L'immigrazione, com'è ovvio, è un progetto che si pensa nel tempo e comporta inevitabilmente grosse modificazioni nelle relazioni con la propria identità e con le proprie famiglie.

Eterno dilemma: richiesta di una integrazione completa nella cultura di arrivo e al contempo un vissuto di rifiuto verso di essa.

In questa linea di confine nasce il conflitto, e quando la sofferenza è intollerabile, la rottura dell'equilibrio dà spazio all'emergenza di sintomi e alla richiesta di un aiuto specialistico.

La situazione si esaspera quando ci si trova di fronte ad una vera e propria effrazione dell'identità come nel caso delle prostitute, sottoposte alla rimozione totale delle proprie origini, della propria storia "a favore" di un'identità manipolata, costruita artificiosamente (G.Raniolo).

I sintomi, allora, diventano la metafora di distanze e di contraddizioni inespugnabili.

Al congresso, la psichiatria è stata designata come crocevia di varie scienze.

Ma i bisogni di salute sono sempre necessariamente patologici? Le difficoltà da affrontare sono molte e chi ha parlato ha illustrato le proprie riflessioni, ma anche i propri interrogativi. È ancora viva la necessità di ricerche in questo settore e la necessità di costruire modelli interpretativi duttili che garantiscano la comprensione di significati culturali e psicologici ancora, per certi versi, non pienamente condivisi.

Il disagio non può essere spiegato con le semplici categorie del DSM IV, criterio che peraltro vale per tutte quelle persone che incontriamo nella nostra professione, poiché entra in campo l'interculturalità come elemento costitutivo della relazione con l'altro.

Secondo Mahmoud Mansoubi, i cambiamenti maggiori connessi alla migrazione possono essere riassunti nei due seguenti concetti: "relativizzazione esperienziale" e "ricostruzione dell'identità".

Per oltrepassare le frontiere, la psichiatria non può rimanere ancorata ai suoi schemi classici ma deve assumere come suo oggetto la transculturalità, deve portare "disordine" alla medicina ortodossa. Esige un modo eccentrico di confrontarci con l'altro (S. Inglese).

Ancora una volta, a mio parere, la sfida per lo psicologo/psicoterapeuta è quella di trovare delle vie d'accesso,



rischiare di incontrarsi con l'ignoto al di là di qualsiasi categoria già conosciuta.

Come suggerisce Resnik, è a partire dal buio della notte che, se ci poniamo in una condizione di disponibilità, vedremo emergere elementi di luce.

La prima base sicura è quella di fornire accettabili condizioni di accoglienza all'altro, a partire da una necessaria competenza terapeutica e per far questo il nostro compito non è solo quello di "curare i sintomi" ma di ridurre le distanze e ridare significato ad "una sofferenza etnica" che è anche dell'operatore poichè lo mette in una condizione di smarrimento senza categorie spazio/temporali già date.

Trovarsi di fronte ad un immigrato o ad un gruppo di immigrati ci fa sentire "pazienti", stranieri a noi stessi (G. Profita).

Ciò che mi preme sottolineare, è il fatto che in questo congresso si è notata una scarsa presenza psicologica e il rinvio frequente era più che altro a termini come etnopsichiatria ed etnopsicoanalisi piuttosto che all'etnopsicologia. Come mai? Ho scoperto poi, parlando con esperti, che i termini sono usati quasi indifferentemente e si possono rilevare altresì delle sfumature che, in molte situazioni, non sono affatto irrilevanti. Il termine etnopsichiatria, riabilitato da G. Devereux, rimanda alla clinica degli immigrati ma anche ad una critica epistemologica e culturale alla psichiatria; il secondo termine, l'etnopsicoanalisi, richiama più direttamente ad un approccio psicoterapeutico in senso stretto ed è usato da T. Nathan.

Se ci riferiamo al rapporto tra sog-

avere applicazioni sia cliniche dirette che su situazioni d'impatto sociale

L'immigrazione è un'esperienza che investe la dimensione intrasoggettiva ma anche quella delle relazioni sociali; in questo senso, allora, vale la pena riferirci alla Psicologia Sociale e di Comunità in grado di offrirci strumenti teorico/operativo da affiancare ad una psicologia clinica, nel suo specifico grupppale.

Solo un approccio inteso come scoperta/avventura può permetterci la conoscenza e la sperimentazione di modelli interpretativi opportuni e rispettosi oltre che delle etnie anche delle storie individuali e familiari di ciascuno.

Il terapeuta dovrebbe realizzare una funzione di mediazione capace di riannodare un legame perduto ma anche la costruzione di nuovi intrecci.

La globalizzazione contemporanea ci pone in mezzo ad un'incessante circolazione di cose, di individui, di gruppi e di nuove forme di incontri e di creatività.

Ci stiamo abituando a gustare cibi nuovi, ad ascoltare e vedere tecniche espressive diverse, in cui la musica, il teatro, la danza, il cinema si fanno interpreti e testimoni di significati e valori nuovi.

Anche questi ultimi aspetti sono stati previsti da chi ha organizzato questo congresso, poiché ad ogni break "la scienza lasciava posto all'arte", ed ecco arrivare un gruppo di suonatori del Senegal, un danzatore indiano, un cantante interprete della cultura siciliana, ivi compreso la proiezione di un cortometraggio "La borsa di Helene" diretto dalla regista Costanza Quatriglio.

Un'identità solida, e non solo quella extracomunitaria, è sempre una conquista ardua per tutti. In un mondo che dilata sempre più i suoi confini e cambia le sue regole si diffonde progressivamente un senso di disorientamento e ognuno di noi si ritrova in mezzo a modi e scelte sempre più complicati di esistenza, alla ricerca continua di "un centro di gravità permanente". Migrazioni di senso, migrazioni di identità, migrazioni rendono complicata un'autentica integrazione.

Chissà che, nell'avventura di scoprire l'altro, di "oltrepassare il confine", si possa dare uno sguardo all'altro e a noi stessi, aggiungendo continui tasselli al dinamico mosaico della nostra esistenza.



Un altro degli spunti di riflessione riguarda il dibattito sull'opportunità di promuovere servizi cosiddetti dedicati o no (G. Cardamone).

Nel complesso, lì dove è possibile, la risposta è sì e questo punto di vista viene confermato dall'insegnamento di T. Nathan, analista e fondatore di una tecnica terapeutica che prevede il "il gruppo dei curanti" con una funzione di congiungimento con il "gruppo curato".

Per lui la patologia nasce da uno slegamento dagli oggetti noti, dalle persone e dai modi di fare del paese di origine.

È necessario molto tempo per incontrare l'altro in quanto persona, per sgomberare la nostra mente dalle facili generalizzazioni e dal senso di anonimato cui lo costringiamo anche se inconsciamente.

getti e contesti, ovvero a come le persone interagiscono con i panorami culturali che abitano, la questione diviene interessante ed in questo senso, proprio l'etnopsicologia può rappresentare veramente un crocevia, in stretta interdisciplinarietà con quelle scienze che già da tempo si occupano di alterità culturale e sociale.

Da indicazioni offertemi da F. Vacchiano del Centro Fanon di Torino il termine etnopsicologia non riscontra pareri unanimi. Alcuni lo riferiscono alle psicologie locali; altri lo usano per definire l'interesse teorico applicato al rapporto tra psicologia e cultura in senso lato, in quanto area d'indagine e progetto di ricerca. Un tale interesse etnopsicologico, oltre che, alla chiarificazione delle matrici teoriche, può

Perchè l'ENPAP assicuri una vera pensione per gli psicologi

Antonio Sperandeo,
Consigliere di Indirizzo Generale dell'ENPAP

La pensione che gli psicologi italiani percepirebbero dopo 35 anni di contributi e 65 d'età, se dovesse permanere l'attuale sistema di calcolo, sarebbe paragonabile ad un assegno di povertà.

Rispetto al guadagno da lavoro autonomo l'ammontare della futura pensione non potrebbe superare il 17%: quindi un collega che guadagna mediamente 2.000 euro mensili avrebbe una pensione, sempre mensile, di 313 euro. Ora 2.000 euro mensili rappresentano un sogno: come dimostrano le due ricerche De Carlo ed Eurisko, commissionate dall'Ordine siciliano, il reddito lordo medio annuo degli psicologi liberi professionisti si aggira sui 17.000 euro, che darebbero luogo ad una pensione lorda mensile di 222 euro. Di converso per ottenere una pensione dignitosa, diciamo di 1.200 euro mensili, i colleghi dovrebbero guadagnare qualcosa come 91.800 euro.

I dati reddituali in possesso dell'ENPAP confermano questa realtà.

Ad oggi non sembra che il Ministero del Lavoro ammetta la profonda ingiustizia sociale rappresentata da questo autentico paradosso previdenziale, nonostante le documentate e responsabili pressioni esercitate dagli organi dell'ENPAP e dell'Associazione degli Enti di Previdenza Privata AdEPP.

Del resto la riforma previdenziale varata a fine luglio dal Parlamento, nonostante ancora i decreti delegati siano da perfezionare, ci consegna un sistema previdenziale basato sul sistema di calcolo contributivo anche per i lavoratori dipendenti.

Vale spiegare perché tale paradosso. La previdenza privata è regolata dalla legge dello Stato, perché la gestione dei bilanci sia equilibrata ed il sistema garantisca alla fine che la quiescenza non costringa all'indigenza e, quindi, a gravare sullo Stato, i pensionati.

Il sistema di calcolo è quindi stabilito dalla legge e nel nostro caso, come in quello di altre casse regolamentate dalla stessa legge, il sistema prevede che il calcolo della pensione sia basato sul contributo soggettivo rivalutato (quello che versiamo ogni anno, che cresce con un interesse che si aggira attorno al 4.5% annuo e per tale motivo denominato "montante contributivo"). Questo montante si può trasformare in pensione al raggiungimento del sessantacinquesimo anno d'età, quando non prima in caso di invalidità, e viene liquidato in 13 rate mensili in ragione del 10% annuo. In sostanza la legge, dopo i 65 anni, prevede un'attesa di vita di 10 anni entro la quale il pensionato si riprende a rate ciò che ha accantonato con gli interessi. Nel caso in cui la durata della vita dovesse prolungarsi oltre i 75 anni, circostanza che per fortuna si verifica sempre più frequentemente, anche in considerazione che oltre il 70% degli iscritti alla Cassa sono donne, questo di più lo pagherebbe il sistema previdenziale.

I lavoratori dipendenti, anche se passano al contributivo

(solo quelli che nel 1995 non avevano un'anzianità di servizio di almeno 18 anni) percepirebbero ugualmente di più, oltre il 50% della retribuzione, perché versano all'INPS circa il 32% della retribuzione, di cui il 24% a carico del datore di lavoro.

Noi liberi professionisti versiamo il 10% (opzionalmente il 14%) sicché guadagniamo di fatto solo un 7% in 35 anni di accantonamenti, perché, come detto, il tasso di sostituzione (rapporto tra pensione/reddito) è pari al 17%. Nonostante gli accantonamenti oggi ci rendano il 4,5%, rendimento che nessuna banca o assicurazione può garantire, il sistema è così punitivo, quanto inaccettabile, che neanche gli eventuali interessi ricavati dall'investimento del patrimonio dell'Ente (ove gli interessi attivati dovessero superare il tasso di rivalutazione del 4.5%, collegato alla media quinquennale del PIL) potrebbero essere "spalmati" sui montanti individuali, aumentando la base di calcolo della pensione. Vi è poi un assurdo sistema di doppia tassazione: il 10% che versiamo all'ENPAP fa parte di un reddito già sottoposto ad imposta e, nonostante ciò, una volta versato viene sottoposto ad una nuova tassazione.

Che fare? L'ENPAP il mese scorso ha tenuto un convegno nazionale, insieme alle altre casse di previdenza dei liberi professionisti ed ha prospettato alcune proposte per superare il paradosso della previdenza privata. Che cosa abbiamo detto: il sistema contributivo è quello che è, iniquo ed inaccettabile, l'ENPAP ha le risorse per accedere ad un sistema retributivo a ripartizione, cioè stabilire una percentuale da realizzare attraverso l'anzianità professionale, ad esempio 1,5% per ciascun anno di anzianità, di modo che la pensione venga calcolata applicando questa percentuale ottenuta su un reddito medio del professionista o di categoria. In questo modo già chi percepisce quei 17 mila euro percepirebbe, dopo 35 anni, una pensione pari al 53% del suo stesso reddito e cioè 8.500 euro annui pari a 653 euro mensili. La riforma del regime fiscale potrebbe ulteriormente migliorare la pensione.

Si potrebbero rivedere alcuni aspetti quali l'età pensionabile, ovvero la liberalizzazione dell'età pensionabile e cercare di inserire alla cassa di previdenza altre figure professionali, in atto prive un regime di gestione autonoma.

Sia chiaro: i regimi dei fondi speciali per lavoratori autonomi presso l'INPS non danno per niente rendimenti migliori (vedi commercianti ed artigiani) e, parimenti, non rappresentano un'alternativa i sistemi previdenziali privati, come le polizze vita.

Quali sono i motivi che inducono il governo a resistere ad una giusta e vantaggiosa riforma del regime di calcolo? Voi tutti conoscete le polemiche di questi mesi ed il dibattito sulla solidarietà intergenerazionale che i sistemi retributivi a ripartizione non assicurerebbero, per cui i padri mangerebbero le risorse dei figli, svuotando le casse dell'INPS, che non avrebbe più i soldi per pagare le pensioni delle future generazioni, alimentando evidenti sensi di colpa nei lavoratori e nei pensionati.

In realtà i disavanzi di gestione della previdenza sono stati sempre finanziati facendo ricorso alla fiscalità generale; in soldoni viene scaricata sui contribuenti e c'è anche da dire che sull'INPS gravano oneri, come la Cassa Integrazione e gli Assegni per il nucleo familiare, che impropriamente rientrano nel trattamento previdenziale.

L'ENPAP, invece, è una fondazione privata e non potrebbe



scaricare in alcun modo sulla collettività disavanzi di gestione, dovendo sempre adottare sistemi compatibili con le proprie risorse, sia per pagare le pensioni, sia per eventuali misure assistenziali; quindi lo Stato, tramite il governo, ci sta impedendo di utilizzare vantaggiosamente i nostri soldi, ponendo dei vincoli davvero esagerati.

È evidente che un sistema retributivo a ripartizione comporterebbe un sensibile e progressivo aumento della contribuzione, ma per finanziare l'obiettivo di una vera pensione per gli psicologi.

Qui si pongono una serie di questioni, legate al fatto che per versare di più occorre guadagnare di più.

La previdenza è obbligatoria, ma da molti, specie i giovani colleghi, è vista come un balzello.

Ciò è legato a due fatti: da un lato l'eccessivo lasso di tempo che intercorre tra l'iscrizione all'Albo e la effettiva assunzione di una posizione professionale veramente autonoma (Eurisko dice 5-7 anni) ed il basso reddito professionale.

Dopo 10 anni di professione, di cui 6 trascorsi negli organismi dell'Ordine e 3 all'ENPAP, mi sono formato una consapevolezza del mercato del lavoro psicologico piuttosto chiara, troppo sbilanciata verso l'offerta rispetto alla domanda. Un eccesso di offerta di prestazioni psicologiche crea nel mercato una diminuzione del suo valore, certamente dal punto di vista economico, quando non ancora su quello professionale.

Occorrono politiche professionali che portino verso la specializzazione e la valorizzazione di nuovi ambiti applicativi, unitamente, consentitemelo, a nuove battaglie ed allo sviluppo di una contrattualità sociale ed istituzionale non solo per la sanità, ma anche per i tariffari delle prestazioni psicologiche, non quello dell'Ordine, ma quelli effettivamente praticati, ad esempio degli Enti locali o dalla Scuola, per i convenzionamenti, sapendo bene che gran parte del lavoro psicologico, tranne che per le aziende private, di fatto viene finanziato dallo Stato, ponendo seriamente la legittimità della contrattazione.

Insomma una pensione vera e dignitosa deve avere come premessa una professione vera e dignitosa.

Ciò darebbe più credibilità sociale e più forza istituzionale e contrattuale alla nostra professione.

L'Ordine e l'ENPAP debbono lavorare insieme, ciascuno nei rispettivi ruoli, per assicurare con la partecipazione democratica dei colleghi questa irrinunciabile prospettiva.

Di seguito elenco alcune altre misure di riforma che intendo proporre all'ENPAP:

- Sostegno all'avvio dell'attività professionale, riducendo al 50% per il primi tre anni il contributo soggettivo dovuto dai giovani professionisti, indipendentemente dal reddito;
- elevazione del diritto opzionale di richiedere la restituzione del montante indicizzato fino a 10 anni, senza dovere attendere l'età pensionabile;
- ulteriore revisione e riduzione del sistema delle sanzioni perché non corrisponda a finalità punitive, ma esclusivamente remunerativi del danno verso la Cassa e di reintegro del montante individuale (non sanzioni ma incentivi al regolare rapporto con la Cassa);
- esonero dall'assoggettamento previdenziale di tutte le somme inferiori a 1500 euro annui, relative all'indennizzo (gettoni, medaglie) per la partecipazione ad organi statutari di cooperative, società, associazioni, Ordine, con esclusione

delle indennità di carica;

- estensione del diritto di deducibilità delle spese sostenute dai professionisti dipendenti per attività intramoenia;
- possibilità per i professionisti dipendenti con attività libero professionale, non rientranti nel regime delle legge Dini (mantenimento del retributivo) di versare i contributi per redditi da lavoro autonomo inferiori al 50% di quello per lavoro dipendente alla stessa Cassa per i lavoratori dipendenti, alimentando vantaggiosamente un'unica cassa previdenziale;
- strategie di investimento dei patrimoni più coerenti con i compiti dell'ENPAP;
- prudenzialità: obbligazioni con patrimonio e cedola garantiti;
- diversificazione: investimenti immobiliari, ad esempio favorendo l'acquisto degli studi professionali ad un tasso pari al coefficiente di rivalutazione dei montanti;
- eticità e responsabilità sociale;
- assistenza ai minori orfani di colleghi ed assistenza domiciliare a colleghi pensionati, ammalati o particolarmente indigenti;
- istituzione di un call center per la comunicazione diretta con i colleghi;
- interattività del sito, anche con la simulazione del calcolo;
- pubblicazione sul sito dell'ENPAP di tutti gli atti degli organi dell'Ente.

PER UNA POLITICA DI INTERVENTO CON I MINORI IN DIFFICOLTÀ.

A cura di **Erminio Gius e Sabrina Cipolletta**
Carocci Editore, febbraio 2004

Il tema della devianza minorile e delle strategie d'intervento con i ragazzi in difficoltà, non necessariamente inseriti in un percorso di devianza "conclamata", pone importanti interrogativi a tutti coloro che sono interessati e si occupano della persona. Per questo, in un'ottica interdisciplinare, che accoglie contributi che vanno dalla psicologia all'informatica ed alla gestione delle risorse, il libro propone strategie d'intervento all'interno di un approccio globale alla persona e inoltre, piuttosto che parcellizzare e trattare quest'ultima con azioni parziali, considera il sistema più ampio di cui essa fa parte come un'interconnessione di ricerca-azione-valutazione in rapporto circolare, sul versante della prevenzione, formazione, cura, inclusione sociale e professionale.

Sono questi i temi trattati nelle diverse parti di cui il volume si compone, all'interno di una cornice di riferimento teorica comune sul tema della devianza. Anziché trattare quest'ultima in modo puramente astratto, i diversi autori, attingendo dalla loro formazione ed esperienza sul campo, orientano le loro proposte direttamente all'azione, così da aprire il campo a forme d'intervento strettamente legate alla conoscenza.

Scritti di:

- Per le politiche e le strategie di intervento, i fattori di rischio ed il diritto minorile: Gaetano De Leo, Franco Prina, Eligio Resta.
- Per la ricerca, la formazione degli operatori della rete sociale e la valutazione: Santo Di Nuovo, Angela Maria Di Vita, Paola Miano, Antonio Sperandio, Sabrina Cipolletta, Costanza Scaffidi Abbate.
- Per la prevenzione e l'empowerment: Erminio Gius, Roberto Merlo, Irwin M. Cohen, Raymond R. Corrado, Jesse L. Cale.
- Per la cura: Roberto Merlo, Erminio Gius, Girolamo Lo Verso, Barbara Notarbartolo.
- Per l'inserimento lavorativo e la formazione professionale dei minori: Roberto Merlo, Raffaele Barone, Luciana Bigagli, Sabrina Cipolletta.
- Per il sistema informativo: Michele Crapitti.



Recensioni

a cura di Roberto Pagano - Consigliere



Riccardo Mondo
**"L'ARCO E LA FRECCIA. Prospettive per una
genitorialità consapevole"**
Edizioni Magi, Roma, 2003, pp. 132

Il collega Riccardo Mondo è psicologo analista dell'A.I.P.A. (Associazione Italiana di Psicologia Analitica), vive e lavora a Catania ed oltre all'attività prevalente di psicoterapeuta, realizza significative progettazioni in ambito culturale rendendo operative riflessioni e ricerche sociali su temi importanti qual è quella dell'Educazione alla Genitorialità.

Il volume *L'arco e la freccia - Prospettive per una genitorialità consapevole* tratta della possibilità di applicare in ambito educativo alcuni elementi fondanti la psicologia del profondo e in particolare della psicologia analitica.

Il suo segreto, com'è precisato nella prefazione curata da Luigi Turinese, risiede nell'intelligenza ermetica dell'autore e nella consapevolezza di quest'ultimo di trasferire, al di fuori degli ambienti circoscritti e oscuri del setting analitico, la dialettica psicologica cara allo junghismo contemporaneo relativa al rapporto tra individuo e collettivo sul tema dell'adattamento e dell'individuazione.

L'arco e la freccia. Prospettive per una genitorialità consapevole si presenta come la sintesi di una ricerca di gruppo in continua evoluzione, come confessa lo stesso autore "...l'idea di un libro è supportata nel suo progressivo concretizzarsi da una quota di costante imprevedibilità che ne dignifica la realizzazione definitiva".

Appare evidente nell'articolazione del testo il rapporto dialettico esistente tra teoria e prassi in un ambito complesso quale appunto la scienza dell'educazione, che da sempre ha avuto come presupposto-corollario l'acquisizione di verità parziali ma non necessariamente contraddittorie, tipiche di una "Comunità Educante" all'interno della quale ciascuno dovrebbe fare la propria parte: lo psicologo, il pedagogista, il mitologo, l'insegnante e, naturalmente, il genitore.

Per questi presupposti epistemologici, sono stati invitati a collaborare una serie di autori, per la maggior parte colleghi siciliani, da anni impegnati in questa ricerca.

Il risultato è proprio un omaggio alle scienze della complessità applicate alla difficile arte del condurre fuori (e-ducere).

Il volume collettaneo si presenta gradevole nella veste editoriale e di scorrevole lettura. Vengono riportati alcuni dei più significativi interventi comunicati nel convegno nazionale omonimo realizzato nel 2001 a Catania, da cui

origina il titolo del libro.

Scendendo nel dettaglio, oltre ad un iniziale capitolo di Riccardo Mondo sulla "Educazione alla genitorialità" che definisce con chiarezza caratteristiche e possibili aree di intervento, originali risultano gli altri contributi che possono essere colti all'interno del testo. Si pensi a quello di Elena Liotta sul concetto di "Essere Madre nel XXI secolo", o a quello di Magda Di Renzo su "I genitori nella mente dei figli", riflessione sulla costruzione dell'immagine interna del genitore a partire da figure reali ma anche da modelli culturali. L'intervento di Marco Guzzi, "Riflessioni sull'Educazione dell'Uomo Nascente", evidenzia la concezione antropologica sottostante ad ogni pedagogia, mentre Alfonso Sottile e Riccardo Mondo ci offrono, nel capitolo "Il genitore e l'esperienza dell'incertezza", un approfondimento psicologico di questo sentimento che appare connotato all'esperienza genitoriale. Di ispirazione immaginale ed archetipica il contributo di Daniele Borinato, "Il Padre e l'arco di Ulisse"; Pasqualino Ancona, in "La Genitorialità nella riabilitazione delle tossicodipendenze", contribuisce con una riflessione analitica su una consolidata esperienza maturata nel territorio.

L'autore partecipa anche alla descrizione, con Angela Giannetto, del progetto "Educazione alla Genitorialità" realizzato in nove comuni etnei e alla esposizione, con Simone Bruschetta e Gabriella Toscano, della ricerca territoriale che ha visto coinvolte più di mille famiglie.

A mio avviso, la vastità del campione presentato, unitamente al progetto "Educazione alla Genitorialità", consente di trarre dai dati emersi da questa ricerca informazioni utili non soltanto per gli operatori sociali che agiscono nel territorio, ma anche, su un piano più generale, per le riflessioni sull'attuale e difficile modo di concepirsi ed essere genitori, a proposito del quale non va dimenticato che, citando Gibran Kahlil Gibran (ispiratore del titolo del libro "L'Arco e la Freccia") "... i nostri figli non sono i nostri figli. Sono i figli e le figlie dell'ardore che la vita ha per se stessa. Essi vengono attraverso di noi, ma non da noi. E benché vivano con noi non ci appartengono".

Rosario Puglisi

A cura di Angela Maria Di Vita e Aluette Merenda
AL DI LÀ DELLA SOLITUDINE DEL BAMBINO
IMMAGINARIO, FORME E SIGNIFICATI DEL MALTRATTAMENTO INFANTILE.

"Il tema del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia, su cui è centrato il progetto CABAM, è di grande complessità ed esprime le grandi contraddizioni della società globale. Da un lato, la società del benessere investe il mondo infantile di bisogni sempre più complessi, dall'altro, fenomeni di trascuratezza, negligenza, abuso e maltrattamento si moltiplicano in una società che non riconosce il bambino per quello che è. Il tema del maltrattamento e dell'abuso, scaturendo da una forte emergenza sociale, ripropone una lettura attenta delle dinamiche familiari, degli aspetti problematici e difficili che definiscono le funzioni della coppia e della famiglia, centrando poi l'attenzione sul bambino, e sull'incidenza degli eventi traumatici sui percorsi del suo sviluppo".

Angela Maria Di Vita

Il 10 giugno 2004, presso il salone delle Conferenze dell'Assessorato alle politiche sociali della Provincia Regionale di Palermo ha avuto luogo la tavola rotonda: "Dal maltrattamento al benessere: un modello di intervento integrato" durante la quale è stato presentato il volume: "Al di là della solitudine del bambino. Immaginario, forme e significati del maltrattamento infantile" a cura delle colleghe Angela Maria Di Vita e Aluette Merenda.

Alla tavola rotonda sono intervenuti i colleghi Franco Di Maria e Barbara Notarbartolo, le assistenti sociali Donatella Fernandez e Rita Calascibetta della Direzione Politiche Sociali della Provincia Regionale di Palermo, il sostituto procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni di Palermo Maria Vittoria Randazzo, il dirigente scolastico Piera Messina ed Enzo Colamartini del Centro d'Informazione e Stampa Universitaria (CISU) di Roma.

Il libro, al quale hanno collaborato Andrea Giostra, Valeria Granatella, Maria Garro, Paola Miano, è il prodotto di un lungo percorso che nasce nel 1998 all'interno del progetto di sperimentazione portato avanti dal Centro di Aiuto al Bambino Abusato e Maltrattato (CABAM).

Il CABAM, finanziato dalla Provincia Regionale di Palermo e gestito dalla Cooperativa Sociale "Fenice" ha avviato una sperimentazione alla quale hanno attivamente partecipato operatori di differenti istituzioni coinvolte nell'abuso infantile (Azienda USL, privato sociale, Tribunale per i minori, Università ecc).

Il progetto, che ha utilizzato la metodologia di ricerca - intervento e la valutazione partecipata, parte dal presupposto che l'abuso infantile rappresenta un difficile campo di intervento vuoi per le implicazioni legate al rapporto terapeutico con l'abusato (o con l'abusante) che per le complicazioni che si incontrano a dover lavorare in un ambito nel quale si sovrappongono interventi di differenti istituzioni spesso indipendenti tra loro se non addirittura in contraddizione.

È più che chiaro che la mancata integrazione degli interventi,

se da un lato va a scapito dell'utente, dall'altro provoca uno stato di frustrazione e impotenza negli operatori.

Spesso, il collaborare con altre istituzioni sembra implichi tout court il lavorare "insieme": niente di più fittizio: il miraggio dell'integrazione degli interventi rimane tale se non si mettono in atto strategie di condivisione di modelli differenti e se non si attivano percorsi congiunti che mirano anche alla consapevolezza dei limiti del proprio operato.

È proprio la consapevolezza e la condivisione di modelli operativi differenti che diviene una risorsa imprescindibile per un adeguato intervento congiunto.

Partendo da queste considerazioni metodologiche, il libro affronta le molteplici sfaccettature dell'abuso e del maltrattamento infantile sottolineando non solo gli aspetti teorici (L'abuso all'infanzia come fenomeno sociale - A. Merenda) metodologici (Il progetto - A. Giostra) e le modalità di intervento (Gli operatori della casa famiglia - P. Miano; Le case famiglia: il lavoro degli operatori - V. Granatella e P. Miano) ma presentando anche i risultati delle differenti parti della ricerca (La ricerca - A.M. Di Vita e P. Miano; I bambini nella casa famiglia - A. Merenda, P. Miano).

La ricchezza dei contributi, i risultati e le indicazioni metodologiche ed operative rendono questo volume un indispensabile strumento di lavoro.

Amedeo Claudio Casiglia

Pietro Andrea Cavaleri
LA PROFONDITÀ DELLA SUPERFICIE
*Percorsi introduttivi alla
 psicoterapia della Gestalt*
 Ed. Franco Angeli, Milano 2003, pp. 176 - € 16,00



La superficie a cui allude il titolo del libro è la "superficie di contatto" teorizzata dalla psicoterapia della Gestalt, costituita dalla pelle, dagli organi di senso e da ogni altro spazio in cui si concretizza e si manifesta il "qui e ora" della relazione. È la linea di confine che si pone come interfaccia "tra" l'organismo e l'ambiente, "dove" l'uno e l'altro incessantemente si incontrano e interagiscono. In questa "realtà di confine" alcuni recenti studi hanno individuato il "luogo della mente", la dimensione a partire dalla quale nasce e si sviluppa la vita mentale, confermando così come la complessa e inafferrabile profondità della mente trovi, quasi paradossalmente, origine ed alimento nella inesplorata superficie del confine.

Oltre sessanta anni fa, in modo del tutto pionieristico, Frederick Perls aveva già intuito la "profondità della superficie", cioè il forte nesso che unisce il confine di contatto con ogni espressione della vita mentale umana, orientandosi verso l'analisi fenomenologia del contatto e iniziando ad elaborare una conseguente prassi psicoterapeutica. Alla "profondità della superficie", al confine di contatto come "luogo della mente", è dedicato il libro di Cavaleri, nel tentativo, pienamente riuscito, di fornire nuove chiavi di lettura per la comprensione di un approccio terapeutico che mostra ancora intatta la sua originale attualità.

Gli argomenti trattati e le riflessioni proposte dal volume sono il frutto di una appassionante esperienza didattica che, da oltre un decennio, l'Autore svolge all'interno della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia della Gestalt (presso l'Istituto di Gestalt H.C.C.) .

Il libro non vuole essere una trattazione sistematica, né un tradizionale manuale sulla psicoterapia della Gestalt. Esso, piuttosto, vuole proporsi come un insieme di "percorsi" tematici, ognuno dei quali si presenta autonomo e al contempo strettamente legato agli altri.

Seguendo ciascuno di questi "percorsi", il lettore viene gradualmente "introdotto" ad una iniziale comprensione dell'approccio gestaltico e dei principali aspetti teorici che lo caratterizzano.

L'intento manifesto è quello di non dare risposte conclusive, ma al contrario di porre nuove domande e sollevare nuovi problemi, allo scopo di suscitare nel lettore la "curiosità" e la motivazione necessarie per aprirsi alla ricerca e all'elaborazione di un "contatto" personale con la psicoterapia della Gestalt.

Una delle finalità di questo libro è anche quella di "focalizzare", con taglio semplice e divulgativo, alcune delle "radici" più importanti, e a volte più dimenticate, dell'approccio gestaltico, come il pensiero fenomenologico, la psicoanalisi "eretica" di Rank e della Horney, la teoria di campo di Lewin. La riscoperta di queste importanti "radici" permette, infatti, al lettore di possedere le "coordinate" necessarie per collocare adeguatamente l'approccio gestaltico in un preciso alveo culturale e in un ben definito contesto teorico.

Una parte consistente del volume, poi, soddisfa lo scopo di mettere in luce ed esplicitare, sul piano epistemologico, alcuni "concetti-chiave" della psicoterapia della Gestalt con lo scopo di facilitarne una migliore comprensione. Concetti come quello di intenzionalità o di azione, di contatto o confine di contatto, di campo organismo-ambiente o di conflitto, possono risultare incomprensibili, nel loro significato specifico, allo studente o apparire del tutto "appiattiti", nelle loro complessità, al gestaltista "usurato" da una pratica terapeutica ormai datata.

Attraverso la definizione di questi concetti, il lettore ha la possibilità di cogliere alcuni aspetti teorici salienti, che gli consentono di accedere con maggiore elasticità e padronanza al nuovo approccio.

Per molti anni tenuta fuori dai contesti accademici e ai margini della produzione editoriale, la psicoterapia della Gestalt è rimasta per lungo tempo poco conosciuta e mal divulgata. Questo volume si propone, allora, l'obiettivo di evidenziare la dignità e lo spessore culturale ampiamente sottesi all'approccio gestaltico. Connesso a questo obiettivo è, poi, l'altro, quello cioè di aiutare il lettore a cogliere l'immutata novità e attualità della terapia gestaltica. Novità e attualità che le permettono, ancora oggi, di porsi in dialogo con i più accreditati filoni di ricerca e di accogliere senza timore le numerose sfide di questo tempo.

Il volume si rivolge innanzitutto agli studenti che vogliono acquisire i primi elementi utili per orientarsi verso una ulteriore e più approfondita conoscenza della psicoterapia della Gestalt. Ma è stato pensato anche per il lettore già "colto", che si accosta per la prima volta e con curiosità a questo approccio, avendone tuttavia solo una conoscenza indiretta e parziale. Altro destinatario è, infine, lo psicoterapeuta della Gestalt, che desidera "aggiornare" la contestualizzazione teorico-culturale del modello nel quale si è formato.

Renato Schembri
REIKO

Romanzo - Edizioni Il Lunario, pp. 280

a cura di Ferdinando Testa e Roberto Ortoleva,
LA PSICHE E GLI ARCHETIPI DELLO SPIRITO
Ed. Moretti & Vitali, Bergamo 2003

Reiko è un romanzo dai colori forti e intensi quasi a richiamare i luoghi e i sapori della Sicilia, terra dove il romanzo si articola.

Se si legge fra le righe o meglio fra le parole dei pensieri di Sonia, riusciamo a scorgere uno squarcio della vita di una donna siciliana come molte altre con l'incapacità o la paura di affrontare la vita di petto.

Sonia è la protagonista, una donna di 40 anni, che più che vivere la propria vita assiste passivamente non riesce ad affrontare i problemi. Non è capace di prendersi le proprie responsabilità e soprattutto non è capace di prendere nessuna decisione ma tutto cambia con l'incontro con Reiko, giovane donna giapponese, che nonostante i suoi enormi problemi nel rapportarsi con gli altri, riesce ad entrare subito nel cuore di Sonia. Instaurano un rapporto quasi simbiotico dove l'una si rispecchia nell'altra e trovano conforto nella loro amicizia a tratti quasi maniacale.

Le citazioni in dialetto danno un tocco "tradizionale" al romanzo rendendolo più vicino a chi legge.

Il libro riesce ad affrontare senza troppa retorica problemi che caratterizzano la cultura siciliana come l'abusivismo edilizio, la corruzione politica ed altri...

Il finale lascia un che di nostalgico perché proprio quando la sua protagonista riesce a dare una "sterzata" alla sua vita, la da in contro mano.

Lillo Iacolino

Repubblica - ed. Palermo 27 Gennaio 2004
Salvatore Ferlita (critico letterario)

Uomini a pezzi con le ossa rotte.

Renato Schembri, di professione psicoterapeuta, con REIKO, ha dato forma a un romanzo di accecante misantropia: gli uomini che in esso compaiono, ne escono con le ossa rotte. Insensibili, egoisti, prepotenti, non riescono a guardare oltre al loro naso. Le donne, invece, pur essendo vittime, hanno una loro dignità: donne che, pur di rimanere insieme all'uomo che amano, sono capaci di mascherare il loro stesso amore. La protagonista della vicenda narrata da Schembri si chiama Sonia Riotta: la sua vita sembra attraversata, come le altre, da nevrosi ed idiosincrasie. Eppure l'incontro con Reiko, una ragazza giapponese, le cambia l'esistenza: finalmente riesce a capire cosa le sta più a cuore, cosa è meglio per la sua vita. È un romanzo mosso da un irrefrenabile impulso distruttivo, ma è anche la narrazione dell'amore e della condivisione. A riparo dalla trappola del pirandellismo di natura, di cui parlava Sciascia, l'agrigentino Schembri da prova del suo talento di narratore, dimostrandosi capace di raccontare una storia sulla diversità.

Il volume La Psiche e gli archetipi dello spirito è una raccolta di dodici saggi scritti da diversi studiosi che hanno come filo comune l'interesse, la conoscenza e la comprensione del mondo della Psiche nelle sue molteplici e variegate manifestazioni: religiose, psicoanalitiche, storiche, letterarie, antropologiche ed esoteriche.

In tale volume il lavoro della Psiche si snoda in diversi ambiti, ma avendo possibilmente come filo comune la ricerca dell'ignoto associato al tema dell'amore e della conoscenza. La conoscenza per il pathos che cattura il disagio mentale a cui ci si può accostare attraverso la dimensione del racconto e dell'interpretazione della sfera onirica, come ben sapevano ed insegnavano gli antichi greci; la cerca del Graal come metafora del processo di individuazione e della bellezza dell'eternità che ha sempre catturato ed affascinato l'animo umano e la psiche collettiva. La dimensione archetipica si pone in tale volume come strada maestra per collocare gli eventi ed il fenomenico oltre il personale affacciandosi sulla sfera dell'invisibile e dei "maestri del passato" come depositari di una ricchezza esoterica e della Tradizione misterica e simbolica.

Il viaggio nei simboli e nelle immagini della psiche collocano la prospettiva dell'anima alla ricerca dello spirito in una unione alchemica in cui l'unità esiste accanto alla molteplicità e l'istinto creativo domina la scena nella misura in cui guida la ricerca dell'uomo verso la scoperta di terre inesplorate, di sazi immaginali e di tempi ciclici.

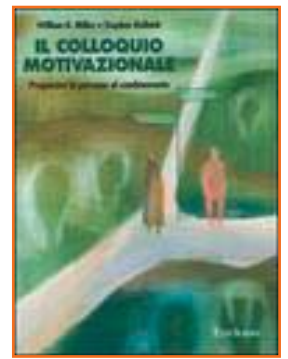
Il mito rappresenta in tale volume la cornice epistemologica ed il retroterra storico su cui si calano i saggi presenti, affondando le radici in tutto ciò con la consapevolezza che non sempre il detto ed il visibile rappresentano le istanze della vita e dei misteri della Psiche. Con tale consapevolezza gli autori esplorano terre spesso lasciate ai margini per pregiudizio storico o per pura speculazione metafisica, restituendo al vaglio del pensiero e all'analisi psicologica e poetica temi ed argomenti con una ricca tradizione analogica, immaginale e simbolica discostandosi da falsi modelli o da mode passeggiare ed effimere di inizio millennio.

Il libro si colloca lungo la scia del pensiero simbolico recuperando il terreno della dimensione spirituale, questa ultima intesa non in una specifica confessione religiosa, ma come energia numinosa che cattura e penetra nella coscienza.

L'incontro con una forza irrazionale e luminosa come quella spirituale, in tutte le culture, rappresenta una tappa obbligatoria con cui la coscienza dell'io è costretta a confrontarsi per trasformarsi ed arricchirsi con i paradossi, gli enigmi e le contraddizioni dell'invisibile e di ciò che è oltre il contingente.

Riguardare gli eventi che accadono in una visione simbolica ed immaginale ha permesso agli autori del libro di evidenziare la complessità del fenomenico, cogliendo uno dei molteplici sensi e significati legati all'unione tra la sfera individuale e quella collettiva, tra il pathos e l'eros, tra il disagio esistenziale e la ricerca della scintilla divina presente nell'animo umano.

William R. Miller - Stephen Rollnick
IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE
Preparare la persona al cambiamento
 Ed. Erickson - 2a Edizione - pp. 450 - € 22,50



Spesso, nel corso dell'attività professionale, ci troviamo di fronte a persone alle prese con il problema del cambiamento di un comportamento e/o persino di uno stile di vita.

A volte le persone persistono in comportamenti che sono evidentemente dannosi sia per loro stesse sia per le persone che le circondano: il cambiamento comportamentale sembra a quel punto l'unica via per uscire da stati di disagio e sofferenza a volte molto acuti. Viene da chiedersi: "Perché questa persona, a fronte di tanta sofferenza, non cambia? Possibile che non si renda conto dei danni che quel comportamento sta provocando nella sua vita? Riflettendo su tali problematiche possiamo porci invece una domanda più produttiva ed affascinante: "Perché le persone cambiano?" "Cosa le spinge a lasciare abitudini ormai consolidate per sperimentare un nuovo modo stile di vita?".

Il manuale di W. Miller e S. Rollnick "Il colloquio motivazionale • Preparare la persona al cambiamento" (Centro Studi Erickson, 2004) prende spunto proprio da queste ultime domande per illustrare la teoria, le tecniche e soprattutto lo spirito che caratterizzano l'approccio motivazionale al colloquio professionale.

A dieci anni dall'apparizione del primo manuale sul colloquio motivazionale la Erickson ci propone questa seconda edizione che appare molto arricchita sia nella esposizione della teoria e delle tecniche sia nell'approfondimento delle valutazioni di efficacia del metodo, sia nella ampiezza dei contributi riguardanti gli ambiti di applicazione del colloquio motivazionale. Infatti se è vero che tale approccio ha avuto il suo ambito di applicazione elettivo nel trattamento delle dipendenze da alcol e da sostanze stupefacenti, le esperienze maturate in questi anni hanno evidenziato la sua efficacia anche nell'ambito delle problematiche familiari, nella conduzione di gruppi, nel campo giudiziario con gli autori di reato, nel trattamento della doppia diagnosi, nel campo della prevenzione e in tutti gli ambiti di intervento nei quali si pongono problemi di adesione a trattamenti sia sanitari che psicoterapeutici.

La proposta metodologica del colloquio motivazionale si basa su dei principi fondamentali, che abbracciano tematiche di tipo etico e deontologico, che dovrebbero costituire una sorta di bussola che indica al professionista la direzione in cui il trattamento procede e la meta che è possibile raggiungere.

L'ago della bussola è proprio la persona, che attraverso l'espressione dei suoi sentimenti, dei suoi valori, delle sue aspirazioni e delle sue preoccupazioni, indica al professionista le strade che sono percorribili e quelle che non lo sono. È quindi un metodo centrato sulla persona ma nello stesso

tempo è direttivo nel senso che il trattamento è orientato verso il cambiamento comportamentale e l'operatore, utilizzando specifiche tecniche, cerca di far emergere dalla persona stessa le buone ragioni per cambiare e le azioni praticabili affinché tale cambiamento si possa realizzare e poi consolidare nel tempo.

Il tutto si gioca in un setting nel quale il clima di empatia costituisce la base della relazione professionista/persona. È appena il caso di precisare che l'atteggiamento empatico non prevede commiserazione o condivisione ma accurata comprensione dei sentimenti che la persona prova verso l'idea del cambiamento, tolleranza nei confronti delle ambivalenze e delle resistenze che immancabilmente si manifestano nel corso del trattamento che vengono comunque accolte dal professionista con un atteggiamento non giudicante. Proprio per questi elementi caratterizzanti il colloquio motivazionale è di grande aiuto in quegli ambiti in cui il mandato istituzionale ed il mandato professionale devono essere temperati dall'operatore in una azione nella quale la funzione di aiuto deve coniugarsi a quella del controllo e nei quali le questioni etiche e deontologiche assumono particolare rilevanza rischiando a volte di alimentare un disagio che può acuirsi fino a sfociare in veri e propri sintomi di burn-out.

La frase di Blaise Pascal: "Le persone si lasciano convincere più facilmente dalle ragioni che esse stesse hanno scoperto piuttosto che da quelle scaturite dalla mente di altri" sintetizza bene il principio della maieutica adottato dall'approccio motivazionale: attraverso la costante restituzione alla persona delle sue stesse affermazioni la si accompagna verso una maggiore consapevolezza delle proprie aree problematiche e, solo quando si sentirà pronta, verso il cambiamento.

Molto interessante risulta la lettura dei capitoli che riguardano le metodologie di formazione al colloquio motivazionale: i professionisti che frequentano i corsi di formazione vengono considerati come persone che si trovano di fronte alla possibilità di cambiare. Anche nell'ambito delle metodologie di insegnamento il colloquio motivazionale non tradisce il suo spirito: i discenti sono incoraggiati a valutare quanto di ciò che viene proposto ben si adatta alle loro caratteristiche ed al loro stile professionale accogliendo i loro motivi per adottare tale approccio o per rifiutarlo continuando ad operare come prima.

Il metodo e le tecniche del colloquio motivazionale possono costituire una valida integrazione di altri approcci terapeutici. In particolare il libro analizza l'efficacia dell'integrazione con gli approcci cognitivo - comportamentale e sistemico - relazionale.

Valerio Quercia



aggiornamento albo

*Nuovi iscritti all'Albo
dal 18/07/2003 al 29/10/2004*

<i>n° Scheda</i>	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Prov.</i>			
2975	Agueci Anna	PA	3020	Giuliano Cinzia	ME
2976	Allegra Maria Adele	EN	3021	Giunta Serena	PA
2977	D'Alessandro Santa	PA	3022	Golia Melania Anna Rita	CL
2978	D'Alleo Girolamo	PA	3023	Iacolino Carmelina	AG
2979	De Franchis Chiara	PA	3024	Immordino Paola	CL
2980	Tanto Sabrina	AG	3025	La Bella Lina Giuseppina	CL
2981	Urso Mara	PA	3026	Leone Amalia	PA
2982	Cipolla Maria Antonella	PA	3027	Leone Antonella	PA
2983	D'Angelo Giovanni	AG	3028	Leotta Manuela	ME
2984	Ferrara Rosanna	PA	3029	Macaluso Rosalba	AG
2985	Giordano Antonella	CT	3030	Macaluso Rosalba	PA
2986	Ippolito Paola Maria	CL	3031	Martino Giovanna	AG
2987	Maira Carmen Maria Antonia	CL	3032	Mazzeo Simona	ME
2988	Meschis Maria Rita	PA	3033	Mineo Francesca	PA
2989	Petrini Daniela	PA	3034	Modafferi Tiziana	RC
2990	Samperi Irene	CT	3035	Montagno Valentina	EN
2991	Vinciguerra Francesca	PA	3036	Mortellaro Emanuela	AG
2992	Zerilli Valeria	PA	3037	Occhipinti Mario	RG
2993	Abate Sara	RG	3038	Oddo Isabella	TP
2994	Albanese Marina	PA	3039	Papia Stefania	AG
2995	Alberghina Flavia	CT	3040	Parrinello Costanza	EN
2996	Alessi Isabella	ME	3041	Patti Silvia	PA
2997	Augugliaro Rita	TP	3042	Perricone Monica	PA
2998	Berlino Paolo	TP	3043	Pittari Cristina Maria	CL
2999	Boatta Francesca Maria	PA	3044	Quieto Giuseppa	PA
3000	Cannizzaro Gabriella	PA	3045	Ravidà Lucia	ME
3001	Capizzi Paola	PA	3046	Rizzo Maria Vittoria	PA
3002	Cappotto Claudio	ME	3047	Romano Giuseppe	RG
3003	Caruso Rosa Maria	CL	3048	Salonia Giuseppe	RG
3004	Castronovo Gaetano	PA	3049	Scimone Marina	ME
3005	Catania Raffaella	ME	3050	Scuderi Ester	CT
3006	Ciccio Anna Maria	CT	3051	Scuderi Giuseppe	CT
3007	Cimino Catena	EN	3052	Seitz Giorgia	CT
3008	Ciringione Assunta	PA	3053	Spedale Concetta	PA
3009	Corallo Teresa Maria	CT	3054	Sprio Daniela Angela	AG
3010	Curcio Graziella	PA	3055	Sturniolo Giuseppe	ME
3011	D'Anna Maria	PA	3056	Tinnirello Monica	PA
3012	Di Francesca Maria	PA	3057	Todaro Laura	AG
3013	Di Gaetano Grazia	ME	3058	Trifirò Ilenia	PA
3014	Di Gregorio Paola	RG	3059	Vaccaro Rosaria	PA
3015	Distefano Agata	CT	3060	Valenti Tiziana	CT
3016	Donzelli Bruno Paolo	CT	3061	Zaoner Lidia	PA
3017	Fanale Marzia	PA			
3018	Favarò Tiziana	PA			
3019	Gianni Gabriella	PA			

Isritti all'Albo al 29/10/2004 N° 2908

Tina Bellia se n'è andata, tranquillamente nel sonno. Desidero ricordarla, insieme con tutti quelli che l'hanno conosciuta, apprezzata, amata in vita, e che come me continueranno a sentirsela vicino anche ora che ha lasciato questo mondo. Non credo che Tina avrebbe apprezzato parole d'elogio, così timida e umile com'era, ma mi è d'obbligo segnalare che è stata una delle prime psicologhe siciliane. Anche lei, come molti di noi, è dovuta "emigrare" per apprendere il mestiere. Dotata di un talento e di un'intuizione clinica straordinaria si è sempre definita una psicologa dilettante, una persona che faceva questo mestiere per ripiego. Beh forse, a me ha dato tanto e non credo sia il solo a poter dire questo. Le sue qualità umane eccezionali unite alla sua tenacia ed a una perfetta padronanza teorica e tecnica della materia e ad una limpida onestà intellettuale sono state per me un punto di riferimento. Mi unisco al dolore della famiglia, degli amici e dei colleghi tutti che la hanno conosciuta.

Franz Grasso

È con grande dispiacere che apprendiamo della scomparsa del nostro collega **Nino Caruselli**, Dirigente Psicologo, Membro Titolare della Società Italiana di Psicodramma Analitico e Direttore del Centro "Paul Lemoine" di Palermo. Lo avevamo incontrato in dicembre nel corso di una iniziativa dell'Ordine con le scuole di psicoterapia ed ancora una volta aveva mostrato il suo stile comunicativo schietto, diretto e carico di appassionata radicalità. Queste sue caratteristiche avevano alla base una forte passione civile ed una sincera disponibilità verso l'altro, in particolare gli ultimi. Abbiamo avuto diverse occasioni per incontrarlo nel corso di appuntamenti professionali o ordinistici, e tutte le volte suscitava in noi molta simpatia, forse perché dietro la sua vis polemica, forte ma sempre rispettosa dell'interlocutore, lasciava trasparire una chiara sensibilità umana. Dietro le maschere del logo del Centro che dirigeva, una triste e l'altra sorridente, svolazza un nastro di un vivace color violetto: non troviamo metafora migliore che lo possa rappresentare, anche ai colleghi che non lo hanno conosciuto.

Antonio Sperandeo

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

Composizione del Consiglio e delle Commissioni

Fulvio Giardina - Presidente

Antonio Sperandeo - Vicepresidente

Amedeo Claudio Casiglia - Consigliere Segretario

Sergio Amico - Consigliere Tesoriere

Sebastiano Ciavirella - Consigliere

Maurizio Cuffaro - Consigliere

Maria Gabriella D'Angelo - Consigliere

Rosita Gangemi - Consigliere

Antonella La Commare - Consigliere

Giuseppe La Face - Consigliere

Michele Lipani - Consigliere

Gina Merlo - Consigliere

Barbara Notarbartolo - Consigliere

Roberto Pagano - Consigliere

Maria Quattropani - Consigliere

Commissione: "Promozione della cultura psicologica e sviluppo della professione"

Maurizio Cuffaro (Coordinatore) - Amedeo Claudio Casiglia

Michele Lipani - Maria Quattropani

Commissione: "Produzione servizi"

Antonio Sperandeo (Coordinatore) - Amedeo Claudio Casiglia
Maurizio Cuffaro - Giuseppe La Face - Gina Merlo

Commissione: "Comunicazione"

Maria Gabriella D'Angelo (Coordinatore) - Sergio Amico
Sebastiano Ciavirella - Maurizio Cuffaro - Roberto Pagano

Commissione:

"Tutela della professione e deontologia"

Sebastiano Ciavirella (Coordinatore) - Sergio Amico
Gina Merlo - Roberto Pagano

Commissione: "Acquisti e contratti"

Sergio Amico (Coordinatore) - Amedeo Claudio Casiglia
Sebastiano Ciavirella - Roberto Pagano



Caselle Postali Elettroniche di Servizio del nostro Ordine

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

La Segreteria è attiva presso la sede dell'Ordine che si trova in: via Salvatore Marchesi, 5 - 90144 Palermo

Orario di ricevimento in sede:

- lunedì e venerdì dalle ore 10,00 alle ore 12,00
- martedì e giovedì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

Tel. 091 6256708

840 500290, al costo di un singolo scatto urbano, da tutta la rete fissa in Italia, quindi con esclusione dei cellulari.

Fax: 091 7301854 (attivo 24 ore / 24 ore)

Web site: www.oprs.it

E-mail: sede@oprs.it

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

Tramite la segreteria è possibile:

- iscriversi all'Albo
- richiedere certificati
- ricevere informazioni sulle iniziative del Consiglio dell'Ordine
- ottenere informazioni sulle procedure da seguire e sulle istanze presentate
- comunicare variazioni di domicilio e/o residenza
- richiedere tesserino d'iscrizione, facendo pervenire presso la sede dell'Ordine la richiesta, allegandovi due fotografie formato tessera, nonché la fotocopia del documento d'identità.

**Si comunica che dall'01/08/2004,
la marca da bollo del valore di € 10,33 passa ad € 11,00**