



Intervista al Prof. Mario Bertini

**Psicologia:
verso una professione europea**

Psicologia e Società moderna

**Offrire risposte dove emerge la domanda:
uno psicologo di base nello studio medico
di medicina generale**

Nella società attuale c'è ancora posto per la Psicologia?

La risposta ad una domanda così semplice appare scontata. Tuttavia non per tutti sono così scontate le motivazioni che costituiscono le premesse della risposta.

La **scuola** italiana e la qualità dell'istruzione è agli ultimi posti in Europa. Gli **Psicologi dipendenti nel Sistema Sanitario Nazionale** sono circa 6.000, a cui si aggiungono circa 1.500 psicologi con contratti di vario tipo, con un rapporto di circa uno Psicologo ogni 10.000 abitanti. La ricerca dimostra che almeno il 50% delle richieste rivolte al medico di base in realtà nasconde un disagio psicologico.

Negli ultimi 5 anni, in Italia si sono verificati 5 milioni di infortuni sul lavoro, che hanno provocato 200mila invalidi permanenti e 7mila morti. Nel 2009 in Italia ci sono stati mille morti per incidenti sul lavoro. Nei primi otto mesi del 2010, sono stati oltre 350 i morti per incidenti sul lavoro.



Psicologia e Società moderna

Giuseppe Luigi Palma

Presidente Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

Fortunatamente il trend è in diminuzione, ma il calo degli infortuni e morti bianche è influenzato dalla crisi produttiva: meno ore lavorate = meno infortuni.

Queste le premesse, ma torniamo alla domanda iniziale e soprattutto alle ragioni per cui ritengo, ora più che mai, che il contributo degli Psicologi possa essere cruciale. Sulla importanza della psicologia per incidere sui contesti di vita quotidiana abbiamo dati di realtà fin troppo evidenti. L'auspicio è che la domanda di Psicologia possa essere correttamente intercettata e analizzata e gli Psicologi possano avere la giusta collocazione nella società moderna per mettere al servizio della società civile la competenza adeguata di disciplina solida e scientificamente fondata.

Tutti gli italiani hanno la possibilità/obbligatorietà di scegliere il loro medico di base, fino ad una certa età il pediatra di base. Non è prevista la figura dello **psicologo di base**, eppure abbiamo dati che ne dimostrano l'utilità. Quel 50% di persone che al proprio disagio psicologico ottengono una risposta inadeguata attraverso prescrizioni di farmaci e analisi cliniche, quanto dovranno aspettare prima di avere la risposta "appropriata" che lo Psicologo di base potrebbe fornire?

segue a pag. 3

1	Psicologia e Società moderna <i>di Giuseppe Luigi Palma</i>
4	Linee programmatiche <i>di Giuseppe Luigi Palma</i>
6	Comunicato Stampa: La Posizione dell'Ordine sulla Riforma universitaria
7	Verso la fondazione dello psicologo di base Intervista al Prof. Mario Bertini <i>di Raffaele Felaco</i>
11	Offrire risposte dove emerge la domanda: uno Psicologo di Base nello studio del Medico di Medicina Generale <i>di Luigi Solano</i>
15	Tra sviluppo e tutela <i>di Antonio Telesca</i>
16	Psicologia: verso una professione europea <i>di Marco Guicciardi</i>
20	Decreto legislativo n° 28 del 4 marzo 2010: istituzione della media-conciliazione, risoluzione alternativa delle controversie <i>di Raffaele Felaco e Monica Terlizzi</i>

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

Giuseppe Luigi Palma	Presidente	Presidente Ordine Puglia
Antonio Telesca	Vicepresidente	Presidente Ordine Basilicata
Paolo Fausto Barcucci	Segretario	Presidente Ordine Piemonte
Girolamo Baldassarre	Tesoriere	Presidente Ordine Molise
Giuseppe Bontempo	Consigliere	Presidente Ordine Abruzzo
Max Dorfer	Consigliere	Presidente Ordine Bolzano
Armodio Lombardo	Consigliere	Presidente Ordine Calabria
Raffaele Felaco	Consigliere	Presidente Ordine Campania
Manuela Colombari	Consigliere	Presidente Ordine Emilia Romagna
Paolo Fusari	Consigliere	Presidente Ordine Psicologi Friuli Venezia Giulia
Marialori Zaccaria	Consigliere	Presidente Ordine Lazio
Piero Cai	Consigliere	Presidente Ordine Liguria
Mauro Vittorio Grimoldi	Consigliere	Presidente Ordine Lombardia
Bernardo Gili	Consigliere	Presidente Ordine Marche
Marco Guicciardi	Consigliere	Presidente Ordine Sardegna
Paolo Bozzaro	Consigliere	Presidente Ordine Sicilia
Sandra Vannoni	Consigliere	Presidente Ordine Toscana
Luigi Ranzato	Consigliere	Presidente Ordine Trento
Immacolata Tomay	Consigliere	Presidente Ordine Umbria
Alfredo Mattioni	Consigliere	Presidente Ordine Valle d'Aosta
Marco Nicolussi	Consigliere	Presidente Ordine Veneto
Floriana Angelucci	Rappresentante Sezione B	

continua da pag. 1

A questo aggiungerei, visto che siamo in un periodo di crisi economica, che lo Psicologo di base è in grado di ridurre notevolmente i costi della Sanità per farmaci, analisi cliniche e costi diretti e indiretti legati alla cronicizzazione delle patologie psicologiche!

Il Governo inglese ha investito sugli Psicologi ed ha fatto una scelta molto seria basata, come dovrebbe sempre accadere, sulle evidenze scientifiche disponibili (fornite dall'Istituto Nazionale per l'Eccellenza Clinica del Regno Unito - NICE). Non le lobby degli psicologi, ma l'efficacia delle **cure psicoterapeutiche**, la conseguente riduzione della spesa farmaceutica, la riduzione delle assenze dal lavoro e maggiore produttività, sono stati i criteri essenziali alla base della decisione del Governo inglese.

Attendiamo analogia "illuminazione" nella nostra Italia!

Intanto il numero degli incidenti sul lavoro rimane alto. Tutti riconoscono l'importanza del "fattore umano", ma poi l'obbligatorietà della valutazione dello stress lavoro-correlato incassa proroghe su proroghe, e la sicurezza è considerata un "lusso" per le imprese. Eppure è facile comprendere che mentre l'impresa risparmia sulla sicurezza, molte famiglie (quelle dei morti e dei veri invalidi) sprofondano nella disperazione producendo costi elevatissimi a carico dell'intera società! Su questo tema siamo in attesa della conclusione dei lavori del Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle

attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro (art. 5 del D.Lgs 81/2008). Ricordo che da tempo abbiamo sostenuto e continueremo a farlo, che in particolare per la valutazione dello stress lavoro correlato debba essere fatto espresso riferimento alla figura dello psicologo.

Sulla scuola. Abbiamo messo in evidenza in tutte le sedi istituzionali il ritardo dell'Italia rispetto alla creazione del servizio di **Psicologia scolastica** Siamo praticamente l'unico paese europeo che non ha una normativa specifica nel settore, con tutte le implicazioni negative che ne conseguono.

Nel resto dell'Europa è prevista la presenza continua dello psicologo al servizio di insegnanti, studenti e scuola in generale.

Sicurezza sul lavoro, psicologia di base, cure psicoterapeutiche, psicologia scolastica, sono alcuni ambiti da cui proviene un forte bisogno di Psicologia. Rimane la piena consapevolezza delle difficoltà e resistenze di varia natura da parte dei "decisori" istituzionali, ma altrettanto piena è la consapevolezza di quanto sia urgente un cambiamento culturale e politico forse coraggioso, ma necessario e utile alla collettività e che possa vedere la psicologia e gli psicologi primi attori sulla scena della società italiana.

Giuseppe Luigi Palma



Linee programmatiche

Giuseppe Luigi Palma

Presidente Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

Per una Politica di unità

Ritengo utile proporre una riflessione preliminare sulla necessità di una politica di unità. Perché per quanti sforzi noi si possa fare, tutti, a vantaggio della nostra professione e dei nostri colleghi resta **fondamentale e fondante ripensare una politica di unità che può renderci più forti nel confronto con i nostri interlocutori esterni**. Una unità che pur nel rispetto delle differenze deve dialogare con tutte le componenti della professione e con tutte le organizzazioni che rappresentano la professione per renderla percettibile come un *unicum* che si muove unito e compatto e che solo così può assumere quel **peso politico** che manca ancora totalmente alla nostra categoria.

Sostegno e piena applicazione della L. n. 56/89, in particolare per quanto previsto all'art. 1.

L'istituzione del gruppo di lavoro Atti Tipici, ha promosso la costruzione di un iter di lavoro per la ridefinizione della professione a partire dall'art. 1 della L. 56/89. Il gruppo ha lavorato principalmente sul concetto di "diagnosi" a partire, quindi, da uno dei punti più critici relativi alla nostra professione. Questa esperienza di lavoro ha avuto seguito nella diffusione a mezzo stampa del documento elaborato e validato da tre referee di fama internazionale, e fa da apripista ad un lavoro di ridefinizione della prassi professionale che costituisce un valido supporto anche nelle sedi istituzionali in cui negli ultimi anni abbiamo visto apprezzata la presentazione di dati reali e fondamenti scientifici come correlato alle ns istanze.

Si propone la prosecuzione dei lavori di un gruppo ad hoc per proseguire in tale direzione mantenendo ferme le modalità finora utilizzate: stesura documento anche in sinergia con esperti di settore esterni, validazione referee internazionali, diffusione entro la categoria e, per quanto di interesse, verso la società civile con conferenze stampa, campagne informative, ecc.

Conclusione iter legislativo per il completo passaggio della Vigilanza sull'Ordine dal Ministero di Giustizia al Ministero della Salute.

Il lavoro fin qui svolto è stato estremamente faticoso perché al di là del risultato lungi dal potersi definire completamente raggiunto, ha comportato la costruzione di una fitta rete di rapporti con il Ministero della Salute e il Ministero della Giustizia per la costruzione di un passaggio riconosciuto da tutti giusto nella direzione, ma complesso da portare a termine. Allo stato attuale è necessario monitorare quotidianamente e con estrema attenzione tutti gli atti in discussione in Parlamento o allo studio delle Commissioni riguardanti le professioni, le professioni sanitarie, la creazione di nuovi Ordini, et sim. poiché in queste è utile intervenire e introdurre norme per il passaggio di tutte le attribuzioni dell'Ordine al Ministero della Salute. In estrema sintesi il passaggio al Min. della Salute è condizione fondamentale in particolare per:

- a) il riconoscimento della Psicologia come **professione della salute** e del benessere;
- b) migliorare l'efficacia dell'azione deontologica degli Ordini attraverso l'istituzione di una Commissione

centrale anche al fine di una corretta applicazione dell'articolo 21 del Codice deontologico (il cd II grado entro la professione);

c) la programmazione degli accessi alla professione.

Conclusione iter legislativo per l'approvazione del Nomenclatore-Tariffario, come previsto dall'art. 28 della L. 56/89

Condizione indispensabile per:

- l'inserimento ed il riconoscimento delle prestazioni psicologiche all'interno del tariffario del SSN e dei **LEA**;
- la definizione degli "atti tipici" della professione di Psicologo.

L'iter di approvazione del Nomenclatore-Tariffario si è rivelato negli anni particolarmente complesso: modifiche alla normativa in materia di tariffe professionali, la modalità con cui, purtroppo, viene nominato il CSS, gli interventi, dell'AGCM.

Qualità della Formazione: superamento della laurea triennale e progressiva abolizione della sezione 'B' dell'Albo professionale

La posizione del Consiglio Nazionale dell'Ordine rispetto alla istituzione della sezione B dell'Albo è nota e condivisa da tempo. Solo l'Italia ha utilizzato le politiche europee in tema di formazione che si proponevano di incentivare la mobilità degli studenti tra i Paesi Membri come invece un volano per l'istituzione di nuovi percorsi formativi professionalizzanti tout court. In questi anni la numerosità e la crescita degli iscritti alla sezione B ci ha dato ragione delle ns posizioni: il mercato stesso ha disincentivato la professione di "dottore in tecniche psicologiche", inesistente, tra l'altro, negli altri Paesi europei.

Appare opportuno monitorare con attenzione gli effetti della Riforma Universitaria e in particolare le aggregazioni di facoltà, con particolare attenzione ai livelli di qualità dei percorsi formativi. A questo punto è inderogabile la necessità di costruire sinergie con l'Università per incidere sulla politica della formazione intesa come percorso formativo universitario e altri dispositivi abilitanti (tirocinio, esame di stato), anche attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro paritetico.

Ri-attivazione dell'Osservatorio permanente sulla professione.

L'iniziativa non è nuova nell'ambito delle politiche ordinarie, con questa proposta intendiamo riattivare filoni di ricerca che hanno di recente prodotto una documentazione che si è più volte rivelata cruciale nelle audizioni presso le Sedi Istituzionali in cui siamo

stati finalmente in grado di fornire dati obiettivi e non vuoti preconetti corporativistici.

Promozione e tutela della Professione – Accordi e Protocolli d'Intesa

In particolare l'ultima consiliatura ha promosso diverse azioni di promozione della professione che si sono rivelate utili sia nelle finalità specifiche delle singole azioni, sia nella visibilità che queste hanno comportato e l'apprezzamento mediatico e istituzionale che ne è derivato.

La **Carta dei Servizi del Consumatore Utente delle Prestazioni Psicologiche** ha prodotto il concerto con le Associazioni dei Consumatori, la condivisione di criteri e la diffusione di una cultura della professione di psicologo, e non ultimo l'apprezzamento dell'iniziativa da parte del Presidente dell'AGCM.

Il **Protocollo d'Intesa con i Consulenti del Lavoro** costituisce un utile precedente per la definizione di ambiti di competenza e funzioni in percorsi di intervento che inevitabilmente si intersecano anche nella normativa di merito.

L'**Accordo con la Guardia di Finanza**, oltre che consentire la promozione della figura dello psicologo fra le FFAA, ha prodotto un concreto collegamento fra domanda e offerta di servizi professionali. Recentemente anche la Polizia di Stato ha espresso la volontà di firmare un accordo con il CNOP.

È da aggiungere a tutto questo il progetto dello **psicologo di base** e dello **psicologo scolastico**, che con il tempo, l'esperienza e soprattutto il confronto con i paesi esteri ci si è resi conto deve essere tradotto in una funzione dello psicologo e della psicologia, imponendo quindi un cambio di rotta anche nella proposta che infatti deve intendersi per l'istituzione di un **Servizio di Psicologia Scolastica**. Altre aree di sviluppo vanno potenziate sia nella definizione che nella specifica configurazione normativa: psicologia della sostenibilità, psicologia del traffico, psicologia delle emergenze, l'attività di mediazione.

Appare necessario attivare specifiche azioni per il **contrasto dell'abusivismo professionale** anche in relazione all'attuazione dell'art. 26 d.lgs 206/2007 in relazione al **riconoscimento delle qualifiche professionali**.



COMUNICATO STAMPA

27 novembre 2010

La POSIZIONE dell'ORDINE sulla RIFORMA UNIVERSITARIA

Con riferimento alla questione della riforma universitaria, che in questi giorni è sulle prime pagine di tutti i quotidiani, il Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, dott. **Pinluigi** Palma, esprime preoccupazione e rammarico, perché, pur consapevole dell'autonomia della Università, né l'Ordine a livello Nazionale né i Consigli territoriali sono stati coinvolti dalle Istituzioni Universitarie sulle ipotesi di aggregazioni dipartimentali e sulla costituzione di nuove Facoltà. A Roma, certamente sarebbe stato preferibile mantenere l'autonomia per la facoltà di Psicologia.

Tuttavia, il Presidente dell'Ordine del Lazio e membro del Consiglio Nazionale, dott.ssa Zaccaria, al fine di evitare qualsiasi fraintendimento, chiarisce che *"la nuova Facoltà di Medicina e Psicologia della Sapienza di Roma, comporta comunque **il mantenimento delle rispettive autonomie** aggregando 7 Dipartimenti (3 di psicologia e 4 di medicina), che manterranno in vita i rispettivi corsi di laurea tenendo insieme didattica e ricerca secondo le rispettive competenze e ambiti professionali, e che la facoltà, secondo proprio Statuto, dovrà valutare la bontà dei dipartimenti"*.

Fermo restando che disegno di legge Gelmini attribuirebbe proprio ai dipartimenti la costruzione dei percorsi formativi, **l'Ordine chiede alle Università precise garanzie circa il rispetto dell'autonomia scientifica e professionale della psicologia.**

Il CNOP ha sempre tutelato l'autonomia della psicologia; infatti ha impugnato 13 bandi di altrettante Università e Facoltà di Medicina che ammettevano i medici alla specializzazione in psicologia clinica. Tutti i ricorsi proposti da CNOP e Ordine del Lazio contro MIUR, Ministero della Salute, FNOMCeO e Università La Sapienza, hanno avuto come esito ben due sentenze del Consiglio di Stato, che hanno chiarito che l'accesso alla specializzazione in psicologia clinica è riservata esclusivamente ai laureati in psicologia. Di qui la conseguente collocazione di psicologia clinica nelle specializzazioni di area psicologica e non medica con il nuovo ordinamento approvato con Decreto 10 marzo 2010.

Ribadisce Palma: *"La qualità della formazione professionale è materia d'interesse dell'Ordine perché direttamente connessa alla qualità delle prestazioni professionali erogate e alle competenze che i professionisti mettono in campo a favore sia della società civile sia dello sviluppo di una cultura più attenta e al servizio del benessere psicologico."*

In quest'ottica, in relazione ai livelli di competenza necessari per l'esercizio della professione, il Consiglio Nazionale è da sempre **contrario alla laurea triennale in psicologia e a favore del ciclo unico.**

Per questi motivi, **chiediamo che nell'immediato si proceda alla giusta collocazione di Psicologia nel raggruppamento con la minima numerosità di studenti, cioè nel gruppo A dell'Allegato C del D.M. 22 settembre 2010**, in modo da garantire una adeguata efficacia formativa come richiesto per le lauree professionalizzanti.

Auspichiamo pertanto che si possa finalmente aprire un dialogo con le università sull'urgente **necessità di programmazione degli accessi** correlati alle reali esigenze del mercato del lavoro e della domanda sociale.

Verso la fondazione dello psicologo di base

Intervista al Prof. Mario Bertini

di Raffaele Felaco

Responsabile Editoriale "La Professione di Psicologo"

Nel panorama variegato della professionalità psicologica, la proposta di istituire lo "psicologo di base", nel suo evidente accostamento al "medico di base", può provocare una reazione di sorpresa che va dal più convinto consenso al commento critico che rasenta l'utopia. Eppure oggi si può dire che si tratta di una proposta del tutto realistica se è vero come è vero che è stata presentata come progetto di legge al Parlamento. Lascio da parte il contenuto di questa proposta, ma il fatto che qualcuno abbia avuto il coraggio di far entrare nel Parlamento questo messaggio, è stato per me un vero shock.

Allo psicologo di base ci sto pensando da diversi anni, ma fino a ieri ho sempre pensato che i tempi non erano maturi e che bisognasse aspettare. Per la precisione l'ipotesi dello psicologo di base già frullava nella mia mente alla fine degli anni ottanta: a conferma riporto per esteso quanto scrivevo nel 1988 a conclusione di un capitolo del libro *Psicologia e Salute*:

"La psicologia della salute è una tendenza emergente che merita molta attenzione per capire il futuro della nostra professione. L'interazione positiva tra i programmi promossi dalle agenzie internazionali della salute e l'emergenza del modello biopsicosociale, dà alla psicologia l'opportunità importante di offrire i suoi contributi lungo le linee della sua specifica identità scientifico-professionale. **Per sfruttare appieno questa opportunità, sarebbe probabilmente utile che gli psicologi assumessero una collocazione più capillare e penetrante nel sistema di cura della salute.**

Una corretta interpretazione del modello biopsicosociale – che, oltre a quelli fisici, sottolinea la contribuzione dei fattori psicologici e sociologici in ogni problema di salute – e, d'altra parte, l'enfasi sulla cura della salute a livello primario implicita nel programma *Salute per tutti negli anni 2000* (HFA/2000), sono ele-



menti che dovrebbero convincere ad assicurare una presenza molto più strutturata di psicologi appropriatamente preparati come "generalisti" (Diekstra, 1988) a fianco dei medici e degli altri operatori che agiscono nel primo fronte dei servizi di salute. Come osserva lo stesso autore, dal punto di osservazione privilegiato della Divisione di Salute Mentale dell'Oms, i resoconti da molte nazioni indicano che i medici di famiglia o i pediatri vengono molto più spesso consultati, per problemi mentali e comportamentali, degli psicologi o di altri operatori specializzati nella salute mentale. Dal momento che i medici generalmente non sono molto preparati per valutare, trattare e prevenire i problemi di salute mentale la maggior parte di pazienti che li consultano per tali problemi (o per condizioni causate da essi) non ricevono spesso un servizio appropriato o addirittura non vengono presi in considerazione. Questo a sua volta rinforza il pregiudizio che molti disturbi di salute mentale non siano trattabili, o non siano sufficientemente importanti da essere presentati

come motivazioni per il trattamento, o semplicemente scompaiano col passar del tempo. È a livello primario della cura della salute che si può prevedere una grande sfida per la psicologia nella prossima decade. La formazione di psicologi con la giusta competenza *“per lavorare entro il regno e le limitazioni del livello primario o per formare, super-visionare ed offrire consulenza ad altri operatori sanitari dovrà essere del tutto diversa dalla formazione consueta quale si trova in molti curricula tradizionali della psicologia clinica (Diekstra, 1988).*

Lavorare con competenza al livello primario darà alla psicologia l'occasione unica di far penetrare nel tessuto sanitario un positivo orientamento verso la promozione ed il mantenimento della salute. Può valere la pena assumere questo impegno con determinazione e con sufficiente padronanza teorica e pratica dei compiti specifici da affrontare.”

Così pensavo e scrivevo con convinzione oltre 20 anni fa, ma da allora silenzio assoluto. Ora penso che sia giunto il momento di rimboccarci le maniche, attivare le energie e coinvolgere i colleghi in vista di un traguardo possibile.

Come si giustifica lo psicologo di base?

Per una corretta premessa si può mettere in evidenza che c'è oggi, in tutto il mondo, una forte linea di tendenza verso la cura a livello primario, e che in questo ambito la partecipazione dello psicologo è ampiamente riconoscibile e riconosciuta.

Con il progressivo affermarsi della visione bio-psicosociale, sembra oggi difficile ritenere che le persone possano ricevere risposte adeguate alla complessità dei problemi che coinvolgono psiche e soma se, nelle prime consultazioni, la domanda viene gestita esclusivamente a livello del soma, cioè dal medico. La salute, così come la malattia, è un fenomeno unitario, sempre di natura psicosomatica. Pertanto, ogni volta che una persona porta all'attenzione dei servizi sanitari un problema di qualunque natura, si dovrebbe sempre considerare uno specifico contributo psicologico anche se solo allo scopo di escludere la sua rilevanza nella fattispecie. Citando di nuovo Diekstra (1988): «una conoscenza e una competenza psicologica dovrebbe essere sempre disponibile nei settings di cura primaria della salute» e non dovrebbe essere ridotta solo ad un approccio specialistico di secondo o terzo livello.

Quali esperienze internazionali?

Sul piano internazionale, si insiste nell'affermare che i problemi che le persone presentano a livello di cura primaria, cioè al medico di base, non sono in prevalenza sintomi di malattia biologica. Secondo la stima più

ampiamente accettata (e mi riferisco a rassegne recenti), durante le consultazioni mediche a livello di cura primaria, i problemi di natura psicosociale stanno tra il 40% e il 60% di tutte le visite; questo significa che il PCP (Primary Care Psychologist) ha di fatto un ruolo fondamentale. Negli Stati Uniti il “Committee on the Future of Primary Care for the Institute of Medicine” così afferma: “La parte più rilevante della cura della salute mentale viene gestita a livello dei setting di cura primaria: e sempre così sarà”.

L'importanza di attribuire allo psicologo questo ruolo, si può dedurre anche dalle enunciazioni ai massimi livelli dell'APA, cioè dell'associazione degli psicologi americani. Vorrei sottolineare che nel 2009, il presidente di questa associazione, in un editoriale dal Titolo: “Visione per il futuro della pratica della psicologia”, presentava una serie di linee guida dichiarando che il “21° secolo ci chiede di cambiare le modalità tradizionali della nostra pratica professionale”. Al primo posto poneva il compito di provvedere ad una cura integrata della salute. “Per aver successo nel futuro – così scriveva – gli psicologi devono ampliare le loro prospettive per divenire partners a pieno titolo nel sistema di cura della salute. **Ciò richiede di lavorare con i colleghi medici a livello dei servizi medici di cura primaria.** Oggi gli operatori nella cura primaria trattano oltre il 70% dei problemi di salute mentale senza l'assistenza degli psicologi o di altri operatori di salute mentale. Gli operatori di cura primaria costituiscono di fatto un sistema di salute mentale legato a politiche di cura manageriale e ad un eccesso di fiducia sulle medicine. La ricerca indica che problemi di grande rilievo come il diabete, la malattia cardiocircolatoria e l'obesità sono dovuti a fattori psicosociali e a stili di vita, fattori che non sono efficacemente trattati dalla professione medica. I bambini, gli svantaggiati e gli anziani soffrono ancora di più di questi sistemi di cura. La nostra è la professione maggiormente competente a capire e a cambiare il comportamento umano, eppure gli psicologi spesso non sono coinvolti nell'opera di prevenzione e di trattamento di questi problemi, perché non sono considerati come parte integrale del team di cura della salute: **dobbiamo cambiare tutto questo.**”

E in Europa?

Anche in Europa ci sono delle iniziative importanti, come in Olanda, in Inghilterra, nel Belgio. Fra queste vorrei ricordare un'iniziativa olandese che va avanti con successo da oltre trenta anni. L'ipotesi di uno psicologo a livello di cura primaria, chiamato PCP (Primary Care Psychologist), prese origine in questo Paese agli inizi degli anni 80 del secolo scorso. Le caratteristiche fondamentali si possono riassumere così: Il cliente sta al centro di un setting in cui viene adottato un approccio di

cura strettamente personale di livello 'generalista; non ci sono liste di attesa fra registrazione e trattamento; si usa un metodo di lavoro trasparente e a bassa soglia, con una presa in carico graduale; nel quadro di una stretta cooperazione con i medici di famiglia ed altri operatori della cura primaria e secondaria, si pone un'attenzione esplicita alla prevenzione, ai processi di attivazione e di recupero. L'atteggiamento dello psicologo si struttura secondo linee di lavoro integrato che si allargano anche al contesto comunitario. Per quanto riguarda lo status professionale, il PCP olandese è certificato come psicologo della salute, lavora come generalista ma con competenze specialistiche nel campo della cura primaria. L'iniziativa olandese si è affermata su tutto il territorio nazionale con forte sostegno istituzionale. Allo stato attuale ogni abitante dell'Olanda, come base di politica assicurativa, viene rimborsato per un totale di 8 consulenze e, fino a 12, come quota di un'assicurazione suppletiva che la maggior parte delle persone tende ad acquisire. La ricerca sugli effetti degli interventi psicologici negli ultimi 20 anni dimostra ampiamente la loro efficacia su una vasta gamma di problemi sia negli adulti come nei bambini. Secondo Derksen (2009), principale attivatore di questa esperienza, la ragione è molto semplice: la maggioranza dei problemi possono essere risolti sulla base di una cura a livello primario. Oggi, egli afferma il "PCP olandese ha un grande successo ed è il momento che gli psicologi di altre nazioni vengano informati di questo sviluppo professionale".

Qual'è il ruolo dello psicologo di base?

Anche sulla base di queste esperienze a livello internazionale, lo psicologo di base deve esercitare un ruolo nel quale il concetto di "**promozione**" si colloca al primo piano rispetto al concetto di terapia. L'orientamento dello psicologo della cura primaria mira alla promozione della salute. "Lo psicologo clinico esamina nei dettagli i quadri sintomatici, utilizzando specifiche tecniche elaborate allo scopo. Il PCP al contrario si rivolge fin dall'inizio agli aspetti sani del cliente e del suo contesto e fa leva su questi lungo tutto il processo d'intervento. A differenza dello psicologo che lavora nei centri di trattamento delle tossico-dipendenze, o in altri centri clinici, lo psicologo di base (il PCP) offre un intervento minimale. Il PCP è pienamente consapevole delle conseguenze negative che possono derivare dal prestare troppa attenzione alle lamentele del cliente; l'approccio adottato **deve evitare la psicologizzazione o la medicalizzazione dei problemi**".

Pertanto il ruolo dello psicologo di base assume delle caratteristiche di professionalità in cui si deve riconoscere il passaggio dal cosiddetto "modello malattia" al

"modello salute". La specifica differenza sta anche nella scelta della clientela: nel modello malattia i clienti sono i singoli individui o gruppi, filtrati dalla diagnosi (vedi DSM) che individua le patologie da trattare. Nel modello salute, che va oltre la distinzione di malati e sani, tutta la popolazione è suscettibile di "migliorare" la propria posizione nei confronti della vita, qualunque sia il rapporto fra mal-essere e ben-essere.

Quale tipo di collaborazione fra medico e psicologo?

Nell'ambito delle cure primarie sul piano internazionale, si possono distinguere tre tipologie di servizi: Coordinati, Collocati, Integrati.

Per quanto riguarda i primi, si tratta di servizi fra i quali c'è un rapporto di collaborazione, ma a distanza, cioè situati in setting diversi. I secondi includono servizi **collocati** nello stesso setting. I terzi si possono indicare **integrati** in quanto servizi che essendo nella stessa collocazione vedono le componenti mediche e psicologiche (e possibilmente anche altre) coinvolte nello stesso luogo in specifici piani di trattamento per pazienti individuali o popolazioni di pazienti. In linea generale si può osservare che quest'ultimi sono i servizi che offrono le maggiori garanzie di efficacia.

All'interno della categoria **integrati** vorrei mettere in evidenza una iniziativa italiana che si distingue per il suo carattere di novità. Si tratta di **un'iniziativa promossa e tuttora condotta da Luigi Solano presso la scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università di Roma La Sapienza**.

Quanto auspico con convinzione oltre 20 anni fa, sta trovando finalmente uno spunto di realizzazione in qualche modo esemplare. Questo modello non prevede infatti, fra medico e psicologo, una semplice collaborazione a distanza, o nello stesso setting, e nemmeno un processo d'integrazione mediante delega, come avviene generalmente anche nelle esperienze più avanzate; la linea adottata con successo, da circa dieci anni, prevede un setting in cui il cliente viene accolto dal medico di base e dallo psicologo disposti insieme ad ascoltarlo. Senza entrare nel merito, perché penso che sarà lo stesso prof. Solano a dare spiegazioni, posso dire che questa esperienza rappresenta una potenzialità fortemente innovativa nella prospettiva degli obiettivi da raggiungere. La presenza congiunta delle due figure, evitando l'operazione di delega dal medico allo psicologo, fa sì che la persona superi il pregiudizio di essere considerato mentalmente poco sano; pregiudizio che tanto incide sulla disponibilità della persona a sottoporsi alla visita psicologica. Questa impostazione risolve favorevolmente il problema avvertito in tutti i servizi di cura primaria.

Quale formazione?

Oltre la formazione psicologica di base occorre tener presente la specificità del concetto di specialista-generalista, e della funzione di collaborazione con le altre discipline.

Per la consolidata esperienza nel tracciare le caratteristiche fondamentali dello psicologo della cura primaria è utile segnalare l'iniziativa olandese. I promotori di questa esperienza trentennale hanno ritenuto utile e persino necessario stabilire un percorso specifico di formazione per questo psicologo dopo il completamento della precedente formazione come psicologo della salute. L'iter formativo del PCP prevede le seguenti tappe. Dopo il master in psicologia si richiede una formazione "postgraduate" di due anni per acquisire il titolo di psicologo della salute. Tuttavia – a loro parere – la specifica professionalità del PCP da "generalista", all'interno del modello biopsicosociale della salute e della malattia, richiede un training ulteriore. In Olanda questo training consiste in un anno nel quale per ogni settimana si prevedono 4 giorni di lavoro supervisionato nella pratica di cura primaria e un giorno di lezioni universitarie. Il tema della formazione dello psicologo di base assume notevole importanza e va studiato nei dettagli. L'esperienza olandese al riguardo offre alcuni spunti ma va certamente adattata alla realtà italiana, tenendo anche conto delle caratteristiche del modello che abbiamo intenzione di assumere.

Quali difficoltà si presenteranno all'istituzione di un ruolo così innovativo?

Le difficoltà sono ovviamente molteplici, sia sul piano interno sia sul piano esterno. All'interno del mondo psicologico, domina l'orientamento simil-medico: psicodiagnosi e psicoterapia costituiscono il centro di attrazione maggiore. Occorre affrettare i passi per dimostrare una specifica competenza rispetto ad un ruolo che invece deve muoversi in una direzione più orientata alla salute, più sensibile ad una visione integrativo-sistemica e co-costruttiva.

Sul piano esterno si possono registrare consensi sul piano della popolazione in generale, come si è potuto constatare nella sperimentazione accennata, ma ovviamente non mancheranno le resistenze da varie parti: l'industria farmaceutica e biotecnologica in primis, non saranno pronte a battere le mani... Le componenti politico amministrative potranno dimostrare la loro accoglienza positiva sul piano culturale ma chiederanno ragione precisa per quanto riguarda il piano della spesa.

In conclusione: l'idea sembra suggestiva, ma la difficoltà potrebbe essere il costo dell'operazione, soprattutto in questi momenti di crisi.

Al contrario ci sono tutti gli elementi per affermare che

questa operazione è in grado di diminuire la spesa. Si può sostenere questo sulla base di una rapida rassegna della letteratura internazionale, e anche sulla base della nostra esperienza italiana.

Tornando ancora all'esperienza olandese, nel 1980 si affermava che gli interventi di salute mentale erano in grado di produrre un 10% di risparmio sul costo della spesa medica. Questo dato illustra per un verso l'incidenza dei disturbi psicologici che si presentano in generale come malattie mediche e, per un altro, quanto l'offerta di servizi psicologici possano determinare la riduzione di spese mediche non necessarie.

In USA si può vedere come le case di assicurazione mediche si avvalgano degli psicologi proprio in vista della riduzione della spesa; conoscendo il pragmatismo degli americani, questo fatto ha un rilievo importante. Altrettanto interessante in questo Stato, è osservare la pressione sugli psicologi, sia da parte degli enti pubblici sia degli enti privati, a diversificare la loro professionalità al di là delle pratiche tradizionali, e la scarsa propensione dei medesimi. In realtà, come affermano Bluestein & Cubic (2009) "la maggior parte degli psicologi, nonostante l'impatto negativo della loro scarsa adesione a queste richieste, non hanno cercato alternative alle pratiche tradizionali di tipo psicodiagnostico e psicoterapeutico. **Un'alternativa largamente sotto utilizzata è lo sviluppo di collaborazioni più strette con i medici a livello della cura primaria.**"

E in Italia che cosa possiamo fare?

Da quanto ho cercato di trarre dalle diverse riflessioni su questo tema nella corrente letteratura, mi sembra di capire che dagli auspici, a volte entusiastici, non si vede poi una pari affermazione nella prassi concreta. In ogni parte del mondo la presenza degli psicologi, nei settings di cura primaria, è ancora al di sotto delle lodevoli aspettative. Anche in Italia siamo certamente al di sotto; tuttavia, nella scommessa sul "medico di base", mi sento di intravedere un obiettivo ambizioso ma possibile. Per riuscire, dobbiamo muoverci con determinazione e coraggio su due binari, entrambi necessari.

- **Da una parte il binario scientifico che si traduce in un preciso impegno di sperimentazione a largo raggio nella linea del modello sopraindicato;**
- **dall'altra, il binario politico che deve portare all'approvazione di una legge in grado di rispondere alle caratteristiche moderne ed innovative che il modello stesso richiede.**

Se così sarà, se cioè riusciremo ad ottenere una legge appropriata ed una sperimentazione convincente, è possibile che proprio l'Italia riesca ad offrire un contributo esemplare nella direzione da tutti ampiamente auspicata.



Offrire risposte dove emerge la domanda: uno Psicologo di Base nello studio del Medico di Medicina Generale

di **Luigi Solano**

Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute,
Università "Sapienza" di Roma

Sfondo culturale della proposta

È noto dalla letteratura che almeno il 50% delle richieste che pervengono ai Medici di Medicina Generale, dietro la "proposta" di un sintomo somatico esprimono disagi di tipo relazionale/esistenziale (Balint, 1957; Katon, 1985; Magill e Garrett, 1988). Le più recenti tendenze della psicologia della salute e della psicosomatica (Bertini, 1988; Solano, 2001) stanno inoltre ad indicare che qualunque tipo di problema venga portato al medico può trovare migliore soluzione se, oltre ad essere considerato in termini biologici, viene inquadrato nel contesto relazionale e nel ciclo di vita del paziente. Ciò che accade di fatto è che in molti casi il medico, non essendo in grado di soddisfare la domanda complessa del paziente, tenta di fornire una risposta *ricorrendo all'effettuazione di analisi e alla somministrazione di farmaci di cui per primo riconosce la dubbia utilità*.

L'accesso volontario e diretto a uno psicologo, in grado di dare risposta ad un disagio di origine non biologica, è reso estremamente difficile dal perdurante pregiudizio sociale nei confronti degli utenti di qualunque tipo di servizio specificamente operante nel campo della salute mentale. Questo fa sì che il contatto con l'utente avvenga in genere in fasi del disagio drammaticamente tardive. A conferma di questa difficoltà, un recente studio dell'Ordine degli Psicologi (Ponzio, 2008) ha mostrato che solo il 5,5% della popolazione adulta ha avuto nel corso della sua vita un contatto professionale con uno psicologo, ivi incluse situazioni non cliniche, quali orientamento, selezione, formazione ecc.

L'invio da parte del medico allo psicologo di pazienti portatori di un disagio relazionale/esistenziale appare difficile non solo per i motivi suddetti, ma anche per una difficoltà del medico ad identificare tale disagio quando non assuma la forma del disturbo psichiatrico esplicito, o del conflitto relazionale con il medico.

È quindi evidente la necessità di costituire una situazione in cui l'ascolto psicologico appaia chiaramente come qualcosa *previsto per tutti*, e non per una categoria particolare di persone.

Lo Psicologo di Base accanto al Medico di Medicina Generale

Appare quindi non solo opportuno, ma forse necessario, se si intende offrire un'assistenza adeguata ai cittadini, *l'introduzione di uno "Psicologo di Base" in una dimensione di collaborazione congiunta a fianco del Medico di Medicina Generale*, allo scopo di offrire un approccio globale alle richieste dei pazienti, senza la necessità né di un invio né di una specifica domanda psicologica, entrambe, come sopra descritto, di assai difficile realizzazione. Una assistenza così organizzata può quindi permettere di:

- intervenire in una fase del disagio iniziale, in cui non si sono organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico od organizzazioni intrapsichiche fortemente limitanti una realizzazione ottimale dell'individuo;

- garantire un accesso diretto ad uno psicologo a tutta la popolazione, evitando il filtro della valutazione medica ed evitando altresì il rischio (o la certezza) per i soggetti, di essere etichettati come “disagiati psichici”;
- offrire un ascolto che prenda in esame, oltre alla condizione biologica, anche la situazione relazionale, intrapsichica, di ciclo di vita del paziente;
- eventualmente, in casi molto limitati e specifici, effettuare correttamente degli invii a specialisti della Salute Mentale;
- favorire un'integrazione di competenze tra Medicina e Psicologia, con arricchimento culturale di entrambe le figure professionali;
- *limitare la spesa per analisi cliniche e visite specialistiche*, nella misura in cui queste derivino da un tentativo di lettura di ogni tipo di disagio all'interno di un modello esclusivamente biologico.

Una esperienza pilota

Un'esperienza di questo tipo è stata attuata dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università “Sapienza” di Roma. L'esperienza dura ormai da 10 anni e ha coinvolto 10 studi medici, di Roma, Orvieto e Rieti, per un periodo di 3 anni ciascuno. Il lavoro è stato oggetto di diverse pubblicazioni nazionali e internazionali (Solano e Fayella, 2007; Solano et al., 2009; Solano et al., 2010; Tomassoni e Solano, 2003; Tomassoni et al., 2002).

È stata garantita la presenza accanto al Medico di Medicina Generale, in un turno fisso della settimana, di uno psicologo specializzando. In sala di attesa è stato affisso un cartello allo scopo di comunicare l'iniziativa ai pazienti, di indicare il giorno di presenza dello psicologo, e di chiarire la possibilità, ove lo si desiderasse, di essere ricevuti solo dal proprio medico. I singoli casi osservati e il funzionamento generale dell'iniziativa sono stati discussi in riunioni almeno bisettimanali coordinate dall'autore del presente lavoro.

L'attività dello psicologo si è svolta nelle seguenti modalità:

- osservazione delle richieste e della modalità di instaurare la relazione con il medico da parte di ogni paziente;
- inquadramento psicosociale dei casi osservati;
- discussione con il medico dei casi osservati;

- eventuale intervento esplorativo-chiarificatore nei confronti del paziente, nel contesto della visita ambulatoriale o con appuntamenti specifici al di fuori dell'orario di visita del Medico;
- in pochi casi selezionati, invio ad operatori della salute mentale.

Desidero ribadire a questo proposito che *lo scopo dell'iniziativa non è stato di occuparsi del disagio psichico esplicito, che deve trovare accoglienza negli specifici servizi specialistici, ma di esplorare il significato di qualunque richiesta, in qualunque modo espressa, nel contesto della situazione relazionale presente e passata del paziente e del suo ciclo di vita.*

Riporto un caso clinico, probabilmente più chiaro di qualunque descrizione¹:

Dino è un uomo di 41 anni, alto, dall'aspetto giovanile e molto curato. Si presenta allo studio dichiarando di soffrire da qualche mese di gravi episodi di vertigini. L'assenza di vomito, nausea o tachicardia rende altamente improbabile un problema organico a livello nervoso o vestibolare. Dino dice di essere molto disturbato dalla riduzione di capacità lavorativa derivante da questo sintomo. Per quanto ammetta di avvertire questi disturbi soprattutto quando “è stressato”, si affretta a mettere da parte questa notazione per insistere nella ricerca di una causa organica, attraverso una TAC o altre tecniche sofisticate di “brain imaging”. Allo stesso tempo è terrorizzato all'idea di scoprire un qualche problema di salute serio.

Medico e psicologa cercano di capire meglio le circostanze di queste vertigini. Si verificano soltanto in situazioni specifiche: al lavoro, specie durante riunioni (in cui magari il pensiero può vagare, non essendo legato strettamente all'esecuzione di un compito) e quando va in palestra.

Dino porta anche le ultime analisi del sangue, il medico le controlla e con intento tranquillizzante esclama “sono perfette!” Dino, per niente tranquillizzato, si chiede in tono ancora più preoccupato da cosa possano dipendere allora queste sue vertigini. Il medico lo visita, effettua delle prove neurologiche, che risultano negative; esclude quindi l'utilità di una TAC o di altre analisi invasive, spiegandogli e sottolineando che le vertigini sono un sintomo per nulla raro in situazioni di vita difficili, e in accordo con la psicologa propone un incontro separato con quest'ultima, per chiarire se e in che misura nella vita di Dino siano presenti condizioni

¹ Ringrazio per il racconto del caso il medico Enzo Pirrotta e la psicologa Veronica Ingravalle.

di questo tipo. Dino accetta volentieri, sembra incuriosito anche se un po' scettico.

La situazione appare altamente illustrativa del senso e dell'utilità dell'iniziativa, nel suo essere esemplificativo di una situazione molto frequente. Un paziente si presenta in uno studio di medicina di base lamentando un sintomo fisico che il medico valuta fin dall'inizio come "funzionale"; il paziente è preoccupato per la propria salute, ansioso di scoprire una causa, e richiede indagini sofisticate (e costose). Spesso il medico collude con la richiesta - o è il primo a formularla, non avendo altri strumenti a disposizione. Il paziente si avvia così nello sventurato percorso così ben descritto da Balint (1957) che porterà nella grandissima maggioranza dei casi alla delusione del non trovare nulla ("ma allora cos'ho") o a qualche reperto casuale, foriero di ulteriori indagini e dell'avviamento a una carriera di malato cronico.

Nel nostro caso invece il medico, probabilmente anche perché sostenuto dalla presenza della psicologa, è molto fermo nell'evitare questi percorsi. Tuttavia, Dino non sarebbe probabilmente rimasto molto soddisfatto dal semplice apprendere che il suo sintomo è "per nulla raro in situazioni di vita difficili". Emerge quindi la necessità di un incontro di approfondimento.

All'interno di questo incontro, emergono rapidamente particolari molto significativi. Dino è ingegnere, ricopre un incarico di alto livello, ma vive ancora con la madre di 84 anni, semiinvalida, affetta da diabete e insufficienza renale. In casa è presente anche una badante. Il padre è morto quando Dino aveva 22 anni. Dino è l'ultimo di quattro fratelli, gli altri tre sono tutti sposati e vivono per proprio conto, compreso uno che era rimasto disabile a seguito di un incidente, e che ha vissuto con Dino e la madre fino a due anni fa. Dopo il matrimonio di questo fratello, il diabete della madre è peggiorato notevolmente.

Dino è single, si è lasciato da pochi mesi con la fidanzata con cui stava da 12 anni: le sue giornate sono scandite dal lavoro, dalla palestra e dall'assistenza alla madre; non esce molto. Non gli piace particolarmente andare in palestra, ma ci va tre volte a settimana, oltre a seguire una dieta, per timore di ereditare il diabete dalla madre.

La psicologa propone il "semplice" suggerimento che un sintomo fisico può spesso costituire un segnale da parte del nostro corpo, in rapporto a situazioni della vita, e che piuttosto che cercare di eliminare il sintomo in quanto disturbante, potrebbe essere utile lavorare insieme per cercare di capire cosa sta cercando di segnalare. Dino appare sorpreso ma interessato e dice che ci penserà.

L'incontro con la psicologa svela rapidamente di quale situazione di vita difficile si tratta: Dino, il figlio minore della famiglia, come spesso accade, è stato destinato dal sistema familiare - per lo meno dalla morte del padre se non da prima - a prendersi cura della madre finché in vita. Questo "destino" ha probabilmente favorito la rottura con la fidanzata.

La psicologa si guarda bene dal chiarire tutto questo a Dino in modo esplicito, cosa che avrebbe probabilmente attivato delle resistenze. Si limita a *connotare il sintomo non più come un disturbo, ma come un segnale che il suo corpo gli invia*, che merita di essere preso in considerazione.

Qualche giorno dopo, in un turno di ambulatorio in cui la psicologa non è presente, Dino si presenta a studio, ufficialmente solo per chiedere delle ricette per la madre. "En passant", però, dice al medico che ha trovato l'incontro con la psicologa piuttosto utile e gli chiede come può fare per incontrarla di nuovo. Il medico gli dice di chiamare nel giorno in cui è presente per prendere un appuntamento.

Per qualche settimana non si hanno più notizie. Un giorno il medico va a casa di Dino (mentre lui è al lavoro) per un controllo domiciliare alla madre, che anche è sua paziente. "Che avete fatto a mio figlio?" grida la madre appena lo vede "da quando ha litigato con la fidanzata stava sempre a casa, adesso esce tutte le sere!"

Nel tempo, sapremo gli ulteriori sviluppi. Quello che è certo è che aver dato anche un minimo di senso alle vertigini di Dino l'ha aiutato a capire qualcosa di più della propria situazione, e gli ha evitato di entrare in un circuito di indagini fisiche che non avrebbe portato a nulla di buono per lui, e avrebbe prodotto inutili spese per la collettività.

Risultati generali, aspetti economici, prospettive future

L'iniziativa di copresenza Psicologo di Base/Medico di Medicina Generale è apparsa del tutto fattibile, ha riscosso il gradimento della grandissima maggioranza dei pazienti, ha comportato *un numero esiguo di invii ad operatori della salute mentale*, dissipando quindi il timore di un incremento di richieste ai servizi specialistici con conseguente aumento di spesa. Ogni psicologo nel corso di 3 anni ha incontrato circa 700 pazienti, è intervenuto in circa 120 casi, in modo più approfondito in circa 15. In un caso in cui è stato possibile conoscere la spesa farmaceutica relativa allo studio medico prima e dopo l'ingresso dello psicologo si è riscontrato *un risparmio del 17%, pari a 75.000 euro in*

un anno. È ipotizzabile un risparmio analogo sulla spesa per indagini strumentali e ricoveri ospedalieri. In collaborazione con la Presidenza dell'Ordine Nazionale degli Psicologi è stato messo a punto un progetto di sperimentazione da effettuarsi con psicologi professionisti retribuiti, organizzato su moduli che comprendono 8 Medici di Medicina Generale, 4 Psicologi, 1 Supervisore. Ciascuno Psicologo opererebbe presso due Medici per due turni di ciascuno studio, effettuando inoltre colloqui individuali in casi particolari. Il progetto viene proposto per la durata di 2 anni, avendo verificato la necessità di un periodo abbastanza lungo (diversi mesi) per realizzare il necessario affiatamento tra i due professionisti coinvolti in ciascun studio. Per la verifica dei risultati, al di là di misure del benessere e della qualità della vita dei pazienti, sarà fondamentale *una valutazione dell'andamento della spesa sanitaria relativa ai medici interessati, come testimonianza non solo del risparmio ottenuto, ma del diverso orientamento dell'assistenza*. Se si confermassero i risultati preliminari il risparmio per la sola spesa farmaceutica potrebbe essere di $75.000 \times 8 = 600.000$ euro l'anno. Poiché il progetto nella forma in cui viene proposto costerebbe circa 400.000 euro per due anni, è facile calcolare l'entità del risparmio ottenibile.

Riferimenti Bibliografici

- Balint, M. (1957): *Medico, paziente e malattia*. Trad. It. Feltrinelli, Milano, 1961.
- Bertini, M., *Psicologia e salute*. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1988
- Katon, W. (1985): Somatization in primary care. *Journal of Family Practice*, 21: 257-258.
- Magill, M.K., Garrett, R.W. (1988): Behavioral and psychiatric problems. In R.B. Taylor (Ed.), *Family Medicine* (3rd ed., pp. 534 - 562), New York: Springer - Verlag.
- Ponzio, G., a cura di (2008): *La Psicologia ed il mercato del Lavoro*. Ordine degli Psicologi del Lazio, Franco Angeli, Milano
- Solano, L. (2001): *Tra mente e corpo: come si costruisce la salute*. Raffaello Cortina, Milano.
- Solano L., Fayella P. (2007): Medico e Psicologo insieme in studio. *Occhio Clinico*, n.7.
- Solano L., Pirrotta E., Ingravalle V., Fayella P. (2009): The Family Physician and the Psychologist in the Office together: A Response to Fragmentation. *Mental Health in Family Medicine*, 6, pp.91-98.
- Solano L., Pirrotta E., Boschi A. Cappelloni A., D'Angelo D., Pandolfi M.L. (2010): Medico di famiglia e psicologo insieme nello studio: un nuovo modello gestionale dove il sintomo diventa attivatore di risorse? *Italian Journal of Primary Care*, 2, pp. 93-100.
- Tomassoni, M., Solano, L. (2003): *Una base più sicura: esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*. Franco Angeli, Milano.
- Tomassoni M., Iacarella G., Solano L. (2002): Psicologia della Salute e Medicina di Base: una collaborazione proficua. *Psicologia della Salute*, n.1, 121-134.



Tra sviluppo e tutela

di **Antonio Telesca**

Vicepresidente Consiglio Nazionale Ordine Psicologi

Gli obiettivi definiti dal Presidente Palma per il prossimo quadriennio sono l'espressione di una capacità mirata di riconoscere il momento storico in cui si colloca lo sviluppo della nostra professione. Sembra, infatti, di poter riconoscere tre ambiti fondamentali che necessariamente accompagnano il processo di "vita" della psicologia, al pari di altre professioni. Essi sono: il rafforzamento dell'identità della psicologia e delle peculiarità del nostro lavoro; il radicamento nei diversi ambiti di vita individuali e collettivi dello specifico professionale dello psicologo ed ancora, la tutela della professione attraverso azioni dirette ma anche come derivate dalla migliore definizione della nostra identità professionale.

Si prospetta un lavoro concentrico che vuole trovare un punto di equilibrio tra sviluppo e tutela, consapevoli che deve prevalere, come è giusto che sia, una prospettiva positiva, fortemente evolutiva, su un bisogno di mero protezionismo che, su una identità ancora in sviluppo, rischia di essere riduttivistica. Sono da sviluppare, infatti, quelle operazioni che ci permettono di essere riconosciuti come professione che a tutti i livelli opera per la promozione del benessere, individuale, collettivo e sociale. Deriva proprio dalla cultura e scienza psicologica, la trasformazione del concetto di salute, da assenza di malattia ad una più realistica di ricerca del benessere psicofisico. E chi, più dello psicologo, possiede strumenti che consentono di pro-

muovere tale benessere attraverso la mobilitazione di risorse di cui l'individuo o il gruppo dispongono. È proprio lo specifico della nostra professione conoscere i meccanismi fondanti un ambito di qualità della vita, realizzandola attraverso una metodologia straordinaria che è quella di sviluppare e abilitare prima ancora che curare.

La ricerca del benessere accompagna la storia di ciascun individuo in tutto l'arco temporale dell'esistenza e trova sostanza in ogni contesto in cui egli si troverà a crescere ed a vivere.

A partire da questa, forse scontata osservazione, viene da pensare alla psicologia come una professione con potenzialità ancora ampie e che richiamano ad un forte senso di responsabilità di ciascuno di noi affinché ci dotiamo di argomenti validi a rispondere alle esigenze di benessere e salute che ci provengono dalla società. Dobbiamo ancora migliorare la riconoscibilità, da parte del contesto sociale, di tali portati della psicologia, consapevoli, ognuno dei 75.000 psicologi, che la nostra identità non è quella riflessa dalla nostra mente ma quella che ci viene restituita dagli utenti nei termini di utilità, validità e responsabilità.



Psicologia: verso una professione europea

di **Marco Guicciardi**

Presidente Ordine Psicologi della Sardegna

Le moderne professioni liberali si sviluppano nel nostro paese tra la fine dell'ottocento e gli inizi del novecento: le prime professioni a essere regolamentate furono quelle giuridiche (avvocati e notai), in un periodo di poco successivo alla proclamazione dell'Unità d'Italia. Da allora, occorre aspettare più di cento anni per l'istituzione dell'Ordine degli psicologi: nel frattempo molte professioni sono state normate all'interno dell'area giuridica, tecnica, sanitaria ed economica sociale. È quanto emerge dal recente rapporto CRESME sul valore sociale delle professioni intellettuali in Italia, presentato a Roma il 26 novembre scorso, che offre interessanti spunti per discutere e approfondire alcune tematiche di ordine professionale: in particolare quelle relative all'accesso alla professione e alla sua successiva qualificazione.

L'iscrizione ad un Albo professionale – afferma il Presidente del CUP Nazionale, Marina Calderone, presentando il rapporto CRESME – è divenuta garanzia di rispetto dei requisiti essenziali per poter operare nel mercato, al servizio dello Stato, del cittadino e delle imprese. L'Ordine professionale verifica che il professionista possieda i requisiti minimi previsti dallo Stato (titolo di studio specifico, superamento dell'esame di Stato, etc.) e ne formalizza l'iscrizione. Questo sistema di legittimazione di tipo autorizzatorio si basa, prevalentemente, sull'idea che la qualità di una prestazione professionale sia strettamente collegata con

la formazione accademica iniziale del professionista, anche se – occorre precisare – la nostra legge ordinistica, proprio in virtù della sua giovane età, anticipa di circa vent'anni quanto sta maturando oggi giorno a livello europeo, a proposito dei requisiti standard di formazione accademica e professionale degli Psicologi. Come recita l'art. 2 della nostra legge ordinistica per esercitare la professione di psicologo è necessario aver conseguito l'abilitazione in psicologia mediante l'esame di Stato ed essere iscritto nell'apposito albo professionale. Sono ammessi all'esame di Stato i laureati in psicologia che siano in possesso di adeguata documentazione attestante l'effettuazione di un tirocinio pratico.

Questa precisazione è necessaria se si vuole sottolineare che per poter esercitare la nostra professione ed essere riconosciuti quali psicologi, a livello nazionale ed europeo, la formazione accademica in psicologia è necessaria ma non è sufficiente, se non è accompagnata e seguita da un training professionale.

Ciò che caratterizza il training professionalizzante rispetto alle precedenti attività pratiche e di tirocinio formativo è il fatto che si tratti di un lavoro semi-indipendente svolto come psicologo, sotto supervisione in un setting professionale identificabile. Non a caso più che di tirocinante si parla oggi giorno nei documenti EuroPsy di *professionista-in-training*.¹ Questo tipo di formazione è ritenuta essenziale per ottenere la quali-

¹ Il progetto EuroPsy è stato sviluppato da un gruppo di lavoro finanziato dal programma Leonardo da Vinci dell'UE e composto da psicologi accademici e professionisti di 12 paesi europei, in rappresentanza delle principali associazioni professionali. L'EFPA attualmente comprende associazioni di psicologi di 35 paesi diversi (di cui 26 europei), con un numero di iscritti che raggiunge le 250.000 unità. Per conoscere la storia di EuroPsy si può consultare il seguente documento (www.efpa.eu/download/74ddb2c1d26ff9acbe1066f608c26c8).

fica professionale di psicologo, dal momento che i laureati in psicologia che hanno completato gli studi senza un periodo di pratica supervisionata non possono essere considerati qualificati per esercitare in modo indipendente come psicologi.

Gli Ordini professionali in accordo con le Università potrebbero contribuire a migliorare la qualità del tirocinio professionalizzante (“praticantato”), stabilendo criteri condivisi dalla comunità scientifica e professionale. Gli Ordini e le Università potrebbero mettere a disposizione Supervisor, appositamente formati e strutture accreditate, ove si possa svolgere un periodo annuale di pratica supervisionata, all’interno di una particolare area professionale, ciò al fine di prepararsi per l’esercizio indipendente della professione, sviluppare ruoli lavorativi come psicologo professionista e consolidare l’integrazione di conoscenza teorica e pratica.

Le linee guida EuroPsy specificano quali compiti spettano al professionista in formazione e quali al suo supervisore. Quest’ultimo è responsabile dell’acquisizione e della valutazione della competenza professionale acquisita dal tirocinante nello specifico contesto professionale. Pertanto, il professionista-in-training ed il Supervisore, al fine di rendere valido il percorso di formazione, devono accordarsi su: a) la tipologia di contesto professionale e gruppo/i di clienti su cui è orientato il lavoro pratico; b) quali ruoli professionali sono maggiormente compatibili con il lavoro svolto; c) quali sono le competenze di cui si dovrà produrre evidenze. Queste ultime saranno, infatti, oggetto di specifica e analitica valutazione da parte del supervisore, i cui risultati dovranno essere discussi con il professionista-in-training, anche per fornire indicazioni delle aree suscettibili di ulteriore sviluppo (Guicciardi, 2008). Anche il lavoro del supervisore e le caratteristiche della struttura accogliente dovrebbero essere a loro volta valutabili dal *professionista-in-training*, al fine del miglioramento del praticantato e della verifica della sussistenza dei requisiti di accreditamento da parte delle strutture accoglienti. Al fine di stabilire condivisi criteri di valutazione del tirocinio e requisiti delle strutture accreditabili è stato istituito presso il Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi un gruppo paritetico Ordine e Università.

Il *sistema di accreditamento*, tipico dei paesi anglosassoni, corrisponde ad un processo di valutazione sistematico e periodico, svolto da un’agenzia esterna o da un altro organismo, il cui obiettivo è quello di veri-

ficare il possesso da parte delle strutture o dei professionisti di requisiti predeterminati, che si ritiene influiscano sulla qualità della prestazione professionale. Questo tipo di processo, sempre più diffuso a livello europeo, trova eco nella strategia di Lisbona, che si è posta lo scopo di favorire la transizione verso un’economia competitiva e dinamica fondata sulla conoscenza e sulla specializzazione anche attraverso politiche coordinate di valorizzazione del capitale umano e della libera imprenditorialità (Calderone, 2010). Il sistema accreditatorio, per la sua flessibilità e capacità di aggiornamento continuo, corrisponde maggiormente all’esigenza di un mercato unico europeo, imperniato sui principi della libera circolazione, della libera scelta e della competitività.

Occorre partire dal presupposto che l’accreditamento professionale, soprattutto se di natura volontaria, non ha come obiettivo quello di creare un modello di controllo rigido sull’operato di ogni singolo professionista, piuttosto quello di fornire un supporto utile al miglioramento continuo dell’operato di tutti (Balotta e Boaretto, 2009)². Il riferimento culturale e scientifico è quello della qualità e della sua certificazione, non più riferita ai prodotti e processi di natura industriale (es., norme ISO 9000), ma riguardante i servizi offerti e le attività svolte dagli psicologi in ambito professionale.

La *British Psychological Society* (BPS), ad esempio, ha sviluppato per i suoi associati un modello di formazione continua (CPD) che prevede attività guidate (corsi, supervisione, congressi) e di autoformazione (studio, *counselling* personale a scopo formativo), da svolgersi annualmente per almeno 40 ore. Queste attività devono essere annotate su uno specifico diario di lavoro, che analizzato a campione, è fatto oggetto di suggerimenti e raccomandazioni, volte a sviluppare competenze e abilità professionali e a garantire l’utenza in merito alla qualità delle prestazioni erogate.

Più che al fornitore il sistema di accreditamento guarda al beneficiario delle sue azioni, il consumatore, le cui esigenze e bisogni, impliciti ed espliciti, devono essere soddisfatti con servizi e attività ad essi connessi, che possono modificarsi nel tempo.

Come ci ricorda Bosio (2004) nell’ambito del neoprofessionalismo il cliente cessa di svolgere il ruolo di semplice destinatario e recettore passivo di una prestazione per assumere una rilevanza del tutto nuova: da un lato la domanda del cliente diventa essenziale per la definizione di una professione; da un altro lato il

² CNOP, Palma, Tonzar, Verde, Franchini (a cura di) (2009). *L’accreditamento professionale degli psicologi*. Napoli, Liguori. Sullo stesso argomento confronta anche il precedente lavoro curato dall’Ordine degli Psicologi del Lazio, Zaccaria e Balotta (2005). *Psicologo doc. Un modello di accreditamento professionale volontario*, Milano, Angeli.

cliente costruisce sempre più attivamente con il professionista la prestazione e il risultato. Corollario di questo orientamento è un'attenzione crescente alla qualità quale fattore di successo (qualità intrinseca e qualità percepita di una prestazione).

Vi è una stretta connessione tra accreditamento e occupazione, dal momento che la qualità rappresenta non solo uno strumento per entrare nel mercato europeo, ma anche il miglior viatico per potervi permanere. Per questi motivi è necessario che iniziamo a considerare l'esigenza di promuovere la qualità della formazione così come dei servizi e dei prodotti da noi offerti, in modo tale che corrispondano al meglio alle esigenze ed aspettative dei nostri potenziali clienti.

La qualità dell'offerta formativa è un argomento di grande attualità dal momento che le recenti norme nazionali ed europee si stanno sempre più orientando verso un accreditamento dei corsi e programmi di studio sulla base di una valutazione che verifica la coerenza dei percorsi formativi con gli obiettivi dichiarati. Lo stesso disegno di legge di riforma "Gelmini" prevede: a) introduzione di un sistema di accreditamento delle sedi e dei corsi di studio e di dottorato universitari, fondato sull'utilizzazione di specifici indicatori definiti ex ante dall'ANVUR³ per la verifica del possesso da parte degli atenei di idonei requisiti didattici, strutturali, organizzativi, di qualificazione dei docenti e delle attività di ricerca, nonché di sostenibilità economico-finanziaria; b) introduzione di un sistema di valutazione periodica basato su criteri e indicatori stabiliti ex ante, da parte dell'ANVUR, dell'efficienza e dei risultati conseguiti nell'ambito della didattica e della ricerca dalle singole università e dalle loro articolazioni interne; c) potenziamento del sistema di autovalutazione della qualità e dell'efficacia delle proprie attività da parte delle università, anche avvalendosi dei propri nuclei di valutazione e dei contributi provenienti dalle commissioni paritetiche.

Una maggiore attenzione al territorio e alle dinamiche del lavoro e delle professioni, una più frequente consultazione degli stakeholder, può garantire una maggiore corrispondenza tra percorso di studi e mondo del lavoro, tra bisogno formativo e ordinamento didattico, dal momento che allo stato attuale il sistema universitario tende a formare una grossa mole di laureati, privi di una precisa collocazione nel mondo del lavoro. Tale anomalia ostacola lo sviluppo di un'identità professionale riconosciuta e certa, rallenta il processo

di inserimento lavorativo e mina la credibilità dell'intero sistema (Calderone, 2010). L'Ordine potrebbe in questi casi svolgere una funzione essenziale tramite azioni di valutazione e monitoraggio dei fabbisogni formativi e degli sbocchi professionali finalizzate alla programmazione degli accessi e alla formazione di base, specialistica e avanzata. Ciò in ossequio a quanto previsto dal "Piano di azione per l'occupabilità dei giovani attraverso l'integrazione tra apprendimento e lavoro (Italia 2020)", elaborato di concerto tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica, che suggerisce una maggiore attenzione alla progettazione di un'offerta formativa attenta ai risultati di apprendimento e ai fabbisogni occupazionali del territorio. La programmazione degli accessi non deve ridursi esclusivamente al numero programmato per i corsi universitari determinato sulla base dei limiti oggettivi, come numero di docenti, aule e capacità delle strutture, piuttosto ha a che fare con il reale fabbisogno del mercato (Palma, 2010).

In sintesi la Certificazione della qualità può rappresentare un volano per stabilire condivisi criteri di formazione accademica e di training professionale in psicologia, valorizzando le competenze e certificando la qualità delle prestazioni, acquisite anche tramite la frequenza di esperienze di tirocinio formativo e professionale, secondo criteri di trasparenza e tutela per i clienti, ciò al fine di facilitare la mobilità degli psicologi e il riconoscimento e valorizzazione della nostra professione in Europa.

Riferimenti bibliografici

- Bosio A.C. (a cura di) (2004). *Professioni psicologiche e professionalizzazione della psicologia*, Milano, Angeli.
- Calderone M. (2010). Il valore sociale ed economico delle professioni intellettuali in Italia, In: *Il valore sociale delle professioni intellettuali in Italia*, CRESME Ricerche, Roma.
- Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, Palma G.L., Tonzar C., Verde A., Franchini P. (a cura di) (2009). *L'accREDITAMENTO professionale degli Psicologi*, Napoli Liguori.
- Gelmini M. e Sacconi M. (2010). *Italia 2020. Piano di azione per l'occupabilità dei giovani attraverso l'integrazione tra apprendimento e lavoro*
http://www.lavoro.gov.it/NR/rdoonlyres/56F52DEC-F9A1-4D48-BCF0-C3C444251A37/0/pianogiovani_web.pdf
- Guicciardi M. (2008). Quando tre più due non fa cinque. Considerazioni sul tirocinio quale esperienza qualificante per l'ingresso nel mondo della professione. *La Professione di Psicologo*, 2, 11-13.

³ L'ANVUR (Agenzia Nazionale per la Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca) è un ente pubblico vigilato dal Ministero dell'Università e della ricerca scientifica. Per maggiori informazioni sui sistemi di valutazione della qualità in ambito universitario consulta www.anvur.it

- Lunt, I., Bartram, D., Döpping, J., Georgas, J., Jern, S., Job, R., Lecuyer, R., Newstead, S., Nieminen, P., Odland, S., Peiró, J.M., Poortinga, Y., Roe, R., Wilpert, B., Herman, E. (2001a). *EuroPsyT - a framework for education and training for psychologists in Europe*. Brussels, EFPA.
- Lunt, I., Bamberg, E., Bartram, D., Brauner, B., Georgas, J., Holte, A., Jern, S., Job, R., Lecuyer, R., Lloyd, N., Nieminen, P., Peiro, J.M., Pleh, C., Poortinga, Y.H., Roe, R., & Tikkanen, T. (2005). *EuroPsy - The European Certificate in Psychology*. Brussels: EFPA.
- Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (2001). Lo spazio europeo dell'istruzione superiore. Dichiarazione congiunta dei Ministri Europei dell'Istruzione Superiore intervenuti al convegno di Bologna del 19 giugno 1999. In MIUR, *La riforma dell'università. Le regole dell'autonomia*. Roma: Salerno Editrice.
- Ordine degli Psicologi del Lazio, Zaccaria M., Balotta C. (a cura di). *Psicologo doc. Un modello di accreditamento professionale volontario*. Milano, Franco Angeli.
- Palma G. L. (2010). Lo psicologo moderno, la psicologia dell'economia e quella delle emergenze. In Il valore sociale delle professioni intellettuali in Italia, CRESME Ricerche, Roma.
- Parlamento Europeo e Consiglio dell'Unione Europea (2005). *Direttiva 2005/36/CE del 7 settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali*. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea del 30.9.2005.



EuroPsy

La Certificazione europea in psicologia, EuroPsy, promossa dall'*European Federation of Psychologists' Associations* (EFPA), è finalizzata a sviluppare un quadro di riferimento comune per la formazione, accademica e professionale, secondo standard condivisi di qualificazione che possono facilitare la mobilità e il mutuo riconoscimento delle competenze professionali degli psicologi in Europa. È opportuno sottolineare che *EuroPsy* non rappresenta un'autorizzazione formale all'esercizio professionale e non intende sostituire le regolamentazioni nazionali, come ad esempio il nostro Albo; piuttosto può essere considerata una forma di accreditamento volontario.

La Certificazione viene rilasciata, a richiesta del professionista, dal *National Awarding Committee* (NAC) dello stato membro sulla base dello standard formativo europeo.¹

La procedura di accreditamento standard prevede di: a) avere conseguito un titolo accademico in psicologia della durata equivalente ad almeno 5 anni di studio a tempo pieno, accreditabile in base ai requisiti *EuroPsy*; b) avere effettuato almeno un anno di tirocinio professionale (*supervised practice*) a tempo pieno, valutato positivamente dal supervisore; c) avere sottoscritto un impegno ad accettare sia i principi di condotta professionale esplicitati nel Metacodice di etica professionale dell'EFPA (EFPA, 2000) sia quelli specificati dal Codice deontologico degli psicologi italiani.

In via transitoria sino al 31 luglio 2013, gli iscritti alla sezione A dell'Albo degli Psicologi possono fare richiesta di accreditamento EuroPsy se: a) hanno completato con successo un curriculum accademico in Psicologia; b) sono in grado di fornire prova di esperienza lavorativa come psicologo (400 ore per anno per 5 anni negli ultimi 10); c) sottoscrivono un impegno scritto di accettare i principi di condotta professionale del MetaCodice di Etica Professionale dell'EFPA e di condurre le attività professionali nel rispetto del nostro Codice deontologico (*Procedura Grandparenting*).

La registrazione dura un periodo di sette anni ed è rinnovabile su nuova richiesta. Per la riassegnazione è necessario dar prova del mantenimento della competenza professionale dimostrando di aver svolto almeno 400 ore annuali medie di pratica come psicologo e di aver svolto un'adeguata attività di formazione continua e di sviluppo professionale (si raccomandano almeno 80 ore annuali, di cui almeno 40 documentabili).

Terminata la fase di sperimentazione ed entrato a regime il processo di certificazione, il costo di EuroPsy, comprensivo della quota richiesta dall'EFPA, è pari a 50 euro per il primo anno e 50 euro per il secondo, mentre nei restanti anni nulla è dovuto per la certificazione europea. EuroPsy è un processo in progress, aperto a miglioramenti negli anni, man mano che si renderanno realizzabili maggiori convergenze tra paesi UE e/o si paleseranno feedback di miglioramento con il crescere del numero di pratiche trattate. Per maggiori informazioni vi rinviamo alla consultazione in italiano del sito <http://www.inpa-euopsy.it> e dell'EFPA (<http://www.efpa.eu/euopsy>).

¹ NAC-Italy è formato dai rappresentanti dell'INPA (Italian Network Psychologists Association), a sua volta costituito dall'Associazione Italiana di Psicologia (AIP), l'Associazione Unitaria Psicologi Italiani (AUPI), il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP), la Federazione Italiana Società Scientifiche di Psicologia (FISSP). Fa parte del NAC-Italy anche un rappresentante della Conferenza dei Presidi e Presidenti dei corsi di studio in Psicologia.

Decreto legislativo n° 28 del 4 marzo 2010: istituzione della media-conciliazione, risoluzione alternativa delle controversie

di **Raffaele Felaco** * e **Monica Terlizzi** **

* *Presidente Ordine degli Psicologi della Campania*

** *Consigliere Ordine degli Psicologi della Campania*

Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo n° 28 del 4 marzo 2010 è stata istituita in Italia la media-conciliazione con l'obiettivo di limitare l'escalation del conflitto tra le parti attraverso metodi di negoziazione per la risoluzione delle controversie. Il D.L. rappresenta una straordinaria innovazione nelle modalità di gestione del conflitto poiché rende obbligatoria la mediazione prima di intraprendere una lite in sede civile. Difatti l'articolo 1 del D.L. prevede le seguenti definizioni:

- a) mediazione: l'attività, comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la soluzione della stessa;
- b) mediatore: la persona o le persone fisiche che, individualmente o collegialmente, svolgono la mediazione rimanendo prive, in ogni caso, del potere di rendere giudizi o decisioni vincolanti per i destinatari del servizio medesimo;
- c) conciliazione: la composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della mediazione;
- d) organismo: l'ente pubblico o privato, presso il quale può svolgersi il procedimento di mediazione ai sensi del presente decreto;
- e) registro: il registro degli organismi istituito con

decreto del Ministro della giustizia ai sensi dell'articolo 16 del presente decreto, nonché, sino all'emanazione di tale decreto, il registro degli organismi istituito con il decreto del Ministro della giustizia 23 luglio 2004, n. 222.

Qualunque cittadino può accedere alla mediazione per la conciliazione di una controversia civile o commerciale. La mediazione si svolgerà presso organismi riconosciuti dal Ministero della Giustizia, potrà durare massimo quattro mesi e sarà propedeutica all'apertura di un processo. I mediatori possono essere tutti gli iscritti agli ordini professionali che abbiano seguito un apposito corso.

Le materie sulle quali sarà possibile attivare un procedimento di mediazione sono indicate all'Articolo 5:

1. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, da responsabilità medica e da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari, è tenuto preliminarmente a esperire il procedimento di mediazione ai sensi del presente decreto...*omissis*... L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice ove rilevi che la mediazione è già iniziata, ma non si è conclusa, fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo provvede quando la mediazione non è stata esperita, assegnando contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione...*omissis*...

2. Fermo quanto previsto dal comma 1 e salvo quanto disposto dai commi 3 e 4, il giudice, anche in sede di giudizio di appello, valutata la natura della causa, lo stato dell'istruzione e il comportamento delle parti, può invitare le stesse a procedere alla mediazione.

L'invito deve essere rivolto alle parti prima dell'udienza di precisazione delle conclusioni ovvero, quando tale udienza non è prevista, prima della discussione della

causa. Se le parti aderiscono all'invito, il giudice fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6 e, quando la mediazione non è già stata avviata, assegna contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione...*omissis*...

Una volta esperite le procedure di mediazione il mediatore dovrà redigere il verbale di conciliazione così come previsto dall'articolo 11:

1. Se è raggiunto un accordo amichevole, il mediatore forma processo verbale al quale è allegato il testo dell'accordo medesimo. Quando l'accordo non è raggiunto, il mediatore può formulare una proposta di conciliazione. In ogni caso, il mediatore formula una proposta di conciliazione se le parti gliene fanno concordemente richiesta in qualunque momento del procedimento. Prima della formulazione della proposta, il mediatore informa le parti delle possibili conseguenze di cui all'articolo 13.

2. La proposta di conciliazione è comunicata alle parti per iscritto. Le parti fanno pervenire al mediatore, per iscritto ed entro sette giorni, l'accettazione o il rifiuto della proposta. In mancanza di risposta nel termine, la proposta si ha per rifiutata. Salvo diverso accordo delle parti, la proposta non può contenere alcun riferimento alle dichiarazioni rese o alle informazioni acquisite nel corso del procedimento.

3. Se è raggiunto l'accordo amichevole di cui al comma 1 ovvero se tutte le parti aderiscono alla proposta del mediatore, si forma processo verbale che deve essere sottoscritto dalle parti e dal mediatore, il quale certifica l'autografia della sottoscrizione delle parti o la loro impossibilità di sottoscrivere...*omissis*...

4. Se la conciliazione non riesce, il mediatore forma

processo verbale con l'indicazione della proposta; il verbale è sottoscritto dalle parti e dal mediatore, il quale certifica l'autografia della sottoscrizione delle parti o la loro impossibilità di sottoscrivere. Nello stesso verbale, il mediatore dà atto della mancata partecipazione di una delle parti al procedimento di mediazione...*omissis*...

La portata culturale di questo D.L. ci appare straordinaria poiché interviene in senso preminentemente psicologico, trasformando le modalità di approccio al conflitto da quello basato sul diritto e sul potere ad un approccio basato sugli interessi (Vidmar & Neil, 1992). Questa innovazione può "spingere" verso una "visione psicologica" della società innescando processi virtuosi di cui, ad ora, non è ancora possibile intravederne tutti i risvolti.

Nell'approccio basato sul diritto le decisioni vengono prese in riferimento a norme legali; ciò comporta il ricorso ad un giudizio in tribunale o ad un arbitro che abbia il potere di imporre una decisione (sentenza). In questo modo la risoluzione del conflitto prevede che una parte vinca o perda, costruendo una soluzione vincitore-perdente (Vidmar & Neil, 1992).

La media-conciliazione può invertire la tendenza psicologica verso l'escalation dei conflitti trasformando i soggetti in disputa da "avari egoisti", che hanno difficoltà a negoziare in modo costruttivo a "pensatori pro sociali" che risolvono le loro controversie con vantaggi reciproci (Drewe, & Carsten, 2005).

Certo neanche la mediazione riuscirà a livellare le differenze di razza, classe e diseguaglianza di genere che, come dimostra la ricerca psicosociale (Sanderfur & Rebecca, 2002), influenzano la giustizia civile, potendo addirittura incrementare le diseguaglianze.

Questo innovativo approccio alle problematiche della giustizia civile coinvolge la ricerca psicologica. Essa deve compiere uno sforzo concettuale ed utilizzare concetti e paradigmi finora applicati in altri ambiti per la risoluzione di problematiche conflittuali la cui soluzione è stata finora demandata alle discipline giuridiche.

Riportiamo di seguito e solo al fine di contribuire alla riflessione su questo argomento, alcuni concetti psicologici imprescindibili dai processi di mediazione e conciliazione.

Una caratteristica cruciale della media-conciliazione è l'attenzione alla cooperazione piuttosto che alla competizione. Le parti dovranno collaborare per trovare soluzioni soddisfacenti per entrambe. Poiché la cooperazione è un aspetto centrale e non è preesistente, il mediatore deve costruire un orientamento cooperativo. Si tratta di costruire un orientamento mentale teso a tutelare gli interessi di entrambe le parti, non

tutti gli orientamenti al conflitto infatti pretendono verso soluzioni integrative. Gli stessi negoziatori (Thompson, 1990) propendono a pensare che una parte vinca e una perda. Per impiantare aspettative vincitore-vincitore è necessario le parti dovranno essere incoraggiate a pensare il conflitto come normale, inevitabile e risolvibile, e aprirsi ad una prospettiva che tutti possano vincere. Gli approcci cooperativi iniziali proposti da una parte sollecitano in modo analogo l'altra, secondo la "nuda legge delle relazioni sociali" di Deutsch (1973): la competizione porta a maggiore competizione, la cooperazione a maggiore cooperazione.

Un approccio basato sugli interessi ritiene che ogni parte desideri e sia capace di assumere la prospettiva dell'altra. La parte che "ascolta" deve essere capace di ascolto attivo, compresa empatia, riflessione e capacità di sintesi. Cruciale è il ruolo delle emozioni che influenzano il *problem solving*, col rischio di inficiare tutto il processo. Riconoscere i sentimenti è una parte cruciale dell'ascolto attivo, è raro che chi parla si senta compreso veramente se si ascoltano solo i "fatti". I sentimenti possono giocare un ruolo positivo, speranza, fiducia e benevolenza possono essere delle risorse risolutive.

Una differenza importante tra un approccio cooperativo e uno basato sui diritti risiede nell'allocazione del controllo. Il controllo riguarda sia la definizione del problema che le modalità per il raggiungimento della soluzione. In un approccio basato sul diritto, la definizione dei problemi da redimere, il processo per raggiungere un accordo, e la ricerca di una soluzione sono delegate all'arbitro (giudice). Al contrario, nel negoziato cooperativo (conciliazione) il controllo appartiene alle parti stesse che decidono la definizione del conflitto, determinano le sessioni del negoziato e concordano sulla soluzione finale. Nella mediazione, anche se la terza parte neutrale controlla il processo la definizione del conflitto e la ricerca della soluzione sono ancora in larga misura di pertinenza delle parti.

Nell'approccio basato sul diritto o sul potere ciascuno suppone di conoscere la soluzione "migliore" o "vincente". Il processo di risoluzione si impantana intorno al tentativo di ciascuno di imporre il proprio punto di vista. La contrattazione posizionale imprigiona entrambe le parti nelle loro opposte posizioni, scoraggia l'analisi dei problemi sostanziali e l'emergenza di soluzioni più creative. La migliore soluzione possibile resta dunque un compresso tra le posizioni iniziali di ciascuna parte. Un approccio basato sugli interessi utilizzato dalla "*conflict resolution*" si concentra sulle problematiche più profonde o sugli interessi alla base del conflitto, nella ricerca di soluzioni

nuove e creative migliori delle posizioni iniziali delle parti. Bisognerà quindi scandagliare gli interessi sottesi al conflitto, bisogni, desideri, paure e preoccupazioni. Ury, Brett e Goldberg (1989) dimostrano che i costi dell'uso dei metodi basati sul diritto e sul potere per risolvere i conflitti sono elevati, e che invece è bassa la probabilità di ottenere un accordo duraturo. Gli approcci basati sul diritto implicano alti costi finanziari e di tempo, richiesti dai processi legali ed impongono significative lacerazioni emotive ai partecipanti. Il conflitto tende ad essere trattato minuziosamente, è improbabile che si affrontino i problemi sostanziali, e poiché la soluzione è imposta da una terza parte, ed è imposta da una terza parte ed è tipicamente di forma distributiva (vincitore-perdente), è probabile che una delle parti non sia soddisfatta e tenda a riproporre successivamente il problema. Al contrario collaborare al problema, indagare gli interessi sostanziali, e cercare una soluzione che soddisfi tutte le parti, implica piccoli costi finanziari, minori costi emotivi e meno tempo rispetto agli altri approcci. Inoltre, spesso rafforza invece che danneggiare la relazione. La predilezione per questi metodi naturalmente, non implica che i diritti siano irrilevanti anzi ci sono occasioni, come ad esempio per questioni di principi, nelle quali soluzioni basate sul diritto risolvono in maniera definitiva i conflitti.

Riferimenti bibliografici

- Decreto Legislativo n.28 del 4 marzo 2010 pubblicato in G.U. n.53 del 5.3.2010.
- Decreto Ministeriale n.180 del 18 ottobre 2010 pubblicato in G.U. serie generale n.258 del 4.11.2010.
- De Dreu, Carsten K. W. (2005). *A PACT Against Conflict Escalation in Negotiation and Dispute Resolution*, in *Psychological Science* (Wiley-Blackwell), Vol. 14 Issue 3, p149-152; , 4p.
- Deutsch, M. (1973). *The resolution of conflict: Constructive and destructive processes*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Sandefur, Rebecca L. (2008). *Access to Civil Justice and Race, Class, and Gender Inequality in Annual Review of Sociology*, Vol. 34 Issue 1, p339-358; , 20p
- Sanson A., Bretherton A. (2001). *Conflict Resolution: Problemi teorici e pratici*, in Sapio A. (2009). *Per una psicologia della pace*, Franco Angeli, Milano.
- Thompson, R. H. (1990). *Negotiation behaviour and outcomes: Empirical evidence and theoretical issues*, in *Psychological bulletin*, 108, 515-532.
- Vidmar, Neil (1992). *Procedural Justice and alternative dispute resolution*, in *Psychological Science* (Wiley-Blackwell), Vol. 3 Issue 4, p224-228; , 5p.
- Ury W. L., Brett J.M. & Goldberg S.B. (1989) *Getting disputes resolved: Designing systems to cut the costs of conflict*. San Francisco: Jossey-Bass.

Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo

FONDO DI SOLIDARIETA'

Il Fondo di Solidarietà è un conto dedicato istituito dal Consiglio dell'Ordine dell'Abruzzo nel 2009 dopo il tragico sisma del 6 aprile ad uso esclusivo per il sostegno degli Psicologi aquilani e residenti nella c.d. < area del cratere >.

Fin da allora si era palesata la difficoltà che la Professione avrebbe incontrato nei mesi e negli anni successivi. Molti non sanno che gli Psicologi a L'Aquila, nel primo anno post sisma, sono entrati nelle istituzioni per interventi professionali previa documentazione di un finanziamento di importo congruo al Progetto da realizzare. Cioè per lavorare è stato necessario dimostrare di avere il finanziamento a corredo, pena l'esclusione.

Con il Fondo di Solidarietà l'Ordine dell'Abruzzo ha sostenuto economicamente alcune iniziative dell'**APAq** – l'Associazione degli Psicologi aquilani – organismo federativo di rappresentanza delle associazioni di Psicologi aquilani, costituitosi nell'immediato del sisma sull'esperienza del volontariato dell'emergenza e fortemente sollecitato dall'Ordine.

Oggi abbiamo bisogno di risorse economiche per sostenere iniziative e progetti co-finanziati per tutelare la Professione a L'Aquila per essere presenti nei presidi e nelle comunità con i nostri Professionisti al servizio delle fasce deboli della popolazione.

I contributi donati saranno utilizzati esclusivamente per il co-finanziamento di Progetti approvati e sostenuti economicamente da privati che chiederanno la partnership, anche economica, all'Ordine quale funzione di garanzia istituzionale, come è accaduto per i Progetti finora approvati e finanziati.

La gestione dei progetti e la loro rendicontazione economica è affidata all'**APAq** soggetto giuridico di rappresentanza delle Associazioni.

L'Ordine provvederà attraverso il proprio sito a rendere pubblica l'utilizzazione delle risorse del Fondo di Solidarietà.

Per questo chiediamo un Vostro piccolo contributo su questo conto corrente dedicato per sostenere la Professione a L'Aquila. Un po' del Vostro tempo per una noiosa attesa in un ufficio postale per L'Aquila. Grazie.

Il Consiglio Regionale Ordine dell'Abruzzo

Il Presidente
Giuseppe Bontempo

Conto Corrente Postale n.: 99215857 - Intestato a: Ordine Psicologi Regione Abruzzo
Causale: Fondo di solidarietà

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Versamento	BancoPosta	CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Accredito	BancoPosta
€ sul C/C n. 99215857 di Euro		€ sul C/C n. 99215857 di Euro	
IMPORTO IN LETTERE _____		TD 123 IMPORTO IN LETTERE _____	
INTESTATO A Ordine degli Psicologi Regione Abruzzo		INTESTATO A Ordine degli Psicologi Regione Abruzzo	
CAUSALE Fondo di solidarietà		USAL Fondo di solidarietà	
ESEGUITO DA _____		ESEGUITO DA _____	
VIA - PIAZZA _____		VIA - PIAZZA _____	
CAP _____		CAP _____ LOCALITÀ _____	
LOCALITÀ _____			
BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE		BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE codice bancoposto	IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOTTOSTANTE numero conto tipo documento
			123>

Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

SERVIZI GRATUITI AGLI PSICOLOGI ITALIANI: WWW.PSY.IT

È attiva l'area servizi sul Sito Ufficiale del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi. Tutti gli psicologi italiani possono iscriversi.

All'interno di questa area

- **è possibile** consultare una quotidiana rassegna stampa degli articoli apparsi su 30 principali testate riguardanti la professione di Psicologo
- **è possibile** accedere alla **Banca Dati EBSCO** "Psychology and Behavioral Sciences Collection", dove sono disponibili più di 550 riviste scientifiche in full text consultabili in modo semplice e funzionale
- **è possibile** ricevere tramite e-mail notizie e aggiornamenti direttamente dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi

COME REGISTRARSI NELL'AREA RISERVATA

Collegarsi a www.psy.it cliccare sul link Area Riservata poi su registrazione Psicologi, inserire i dati richiesti e seguire i passaggi successivi indicati dal programma.

COME ACCEDERE ALL'AREA RISERVATA

Una volta registrati per accedere ai servizi entrare in Area Riservata del sito cliccare su Login e inserire i propri dati.

Autorizzazione Trib. di Roma, n 28 del 24/01/2002
Poste Italiane s.p.a. - Sped.abb.post. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n°46), art. 1 comma 2, DCB Po

Editore: Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

P.le di Porta Pia, 121 - 00198 Roma

tel. 06 44292351 fax 06 44254348

Su Internet: www.psy.it

E-mail: ufficiostampa@psy.it

Stampa: Edigraf Editoriale Grafica

Direttore responsabile: *Giuseppe Luigi Palma*

SIC - Sistema Integrato di Comunicazione

Responsabile Editoriale: *Raffaele Felaco.*

Redazione: *Paolo Fausto Barcucci, Girolamo Barldassarre, Antonio Telesca.*

Collaboratori di Redazione: *Barbara Summo, Silvana Stifano.*

Redazione: "La Professione di Psicologo"
c/o Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

Chiuso in redazione il 10/01/2011

**L'eventuale cambio di indirizzo o mancato ricevimento della rivista,
va comunicato esclusivamente al proprio Ordine di appartenenza.**

LE LINEE DI INDIRIZZO PER LA CONCESSIONE DEI PATROCINII
SONO DISPONIBILI ON LINE SUL SITO WWW.PSY.IT