



## Riforma degli ordinamenti

## Psicologo di base

## Formazione in psicologia

## Programma IAPT

L'anno che si chiude non è stato, per le Professioni, un grande anno: la maggior parte vissuto con grande apprensione per una serie di provvedimenti alcuni annunciati, altri promessi, altri ancora, imposti. Tutti, sostanzialmente, contro e a danno dei professionisti. Tutti, certamente, a danno dei cittadini.

Governo e Parlamento, entrambi colpevolmente ondivaghi sul tema professioni, hanno l'uno varato e l'altro approvato provvedimenti confusi e confusivi, costosi e potenzialmente pericolosi per la collettività. Non bastava – evidentemente – il caos determinato da alcune delle novità introdotte dalla mini-riforma dell'agosto 2012. Sembrava difficile fare di peggio: invece il Parlamento (con il complice silenzio del Governo) è riuscito a farlo allo spirare della Legisla-

## La legge sulle "professioni" non regolamentate

**Giuseppe Luigi Palma**

*Presidente Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi*

tura, ed ha toccato il fondo con l'approvazione di una legge, di evidente fetore elettorale, che regola le associazioni delle cosiddette "professioni" non organizzate in ordini e collegi: un atto, a dir poco, indecente perpetrato mercoledì 19 dicembre (in sede legislativa) dalla 10<sup>a</sup> Commissione Attività Produttive della Camera.

Con la pubblicazione in Gazzetta, le pseudo-professioni e gli altrettanti pseudo-professionisti potranno essere legittimati a svolgere attività per le quali i Professionisti, quelli veri, hanno dovuto acquisire una laurea, svolto un tirocinio ed infine superato un esame di Stato.

E' bene non dimenticare che il sistema Professionale ordinistico del nostro Paese è strutturato in 27 organi nazionali, 118 sedi regionali e 1.759 sedi territoriali. La rete dei Professionisti partecipa attivamente al processo di innovazione del Paese con importanti risultati sul piano sociale, culturale oltre che economico. Il contributo delle Professioni giuridico-economiche, tecniche, sanitarie e socio-sanitarie (oltre al valore aggiunto in termini di rilevanza e valore sociale) è stimato attorno a 250 miliardi di euro, circa il 12% del Pil. Rilevante l'importanza in termini occupazionali.



Giuseppe Luigi Palma - Presidente Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

1	La legge sulle "professioni" non regolamentate <i>di Giuseppe Luigi Palma</i>
4	Riforme degli ordinamenti: Luci ed ombre <i>di Giuseppe Luigi Palma</i>
7	Radici antiche di una idea moderna: lo psicologo di base <i>di Glauco Ceccarelli</i>
11	Psicologhe: tra formazione e professione. Un invito al dibattito <i>di Marco Guicciardi</i>
14	...a proposito del futuro della formazione universitaria in psicologia <i>di Salvatore Soresi</i>
20	Manifesto per la vivibilità
21	Giustizia, eguaglianza e benessere oltre la crisi. Il congresso della Psicologia di comunità europea a Napoli <i>di Caterina Arcidiacono</i>
22	A che punto è il programma inglese <i>Improved Access to Psychological Therapies (IAPT)</i> per ansia e depressione? <i>di Piero Porcelli</i>

## Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

Giuseppe Luigi Palma	Presidente	Presidente Ordine Puglia
Antonio Telesca	Vicepresidente	Presidente Ordine Basilicata
Paolo Fausto Barucci	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	Consigliere	Rappresentante Sezione B

*continua da pag. 1*

Anche per questi motivi le Professioni ordinistiche hanno il dovere di rivendicare un ruolo sempre più importante nel sistema sociale, culturale ed economico del nostro Paese. Un ruolo in cui è centrale, ma di questo né il Governo né il Parlamento si sono minimamente preoccupati, la soddisfazione e la tutela del cliente/utente.

Voglio ricordare alcuni dei principi essenziali, comuni a tutte le Professioni, e che definiscono il professionalismo, quello vero: la Repubblica tutela le Professioni intellettuali, come espressione del lavoro e come patrimonio di conoscenze e di competenze al servizio della collettività; sono definite Professioni intellettuali quelle basate sull'esercizio di attività lavorativa a prevalente contenuto intellettuale e incidenti su diritti e valori costituzionali, su beni e risorse di interesse generale collettivo e aventi consistente rilevanza sociale; l'accesso alle Professioni intellettuali è subordinato al superamento dell'esame di Stato, specifico di ciascuna Professione, e all'iscrizione all'albo del corrispondente ordine o collegio professionale; la funzione di garanzia pubblica sull'esercizio delle Professioni intellettuali è assunta dagli Ordini e Collegi, sotto la vigilanza dello Stato.

Questi principi sono distanti anni luce da quelli che caratterizzano la legge appena approvata. Essa devolve esplicitamente – e colpevolmente – completamente ad associazioni private l'individuazione dei requisiti necessari allo svolgimento di attività che non hanno alcun carattere professionale disegnando, di fatto, un sistema interamente ed esclusivamente fondato sull'autoreferenzialità e sull'autocertificazione, privo, inoltre, di organismi indipendenti cui affidare le opportune procedure di valutazione, controllo e accreditamento.

L'applicazione di questo principio anche nell'ambito della salute significa che lo Stato rinuncia, apertamente ed esplicitamente, a garantire un'adeguata formazione dei professionisti ed abbandona ogni controllo sui livelli qualitativi delle loro prestazioni: abdica alla fondamentale funzione di responsabile della salute dei cittadini.

La professione di psicologo e le prestazioni che essa ricomprende sono indissolubilmente legate al diritto alla salute che l'articolo 32 della Costituzione definisce come un diritto dell'individuo e un interesse della collettività. Il diritto alla salute viene in tal modo calpestato, consentendo di affidare “letteralmente” anche a maghi e fattucchiere la salute dei cittadini.

Per questo stiamo valutando tutte le azioni possibili – ricorsi e quant'altro – contro un provvedimento che apre scenari a dir poco inquietanti.

Nel 2013 questa legge scellerata inizierà a produrre i suoi devastanti effetti: tutti stiano certi che la nostra vigilanza sarà massima, pronti come siamo, a controllare con ogni possibile mezzo che siano tutelati i sacrosanti diritti dei cittadini.

So per certo che – in particolare – la comunità degli Psicologi saprà gestire una condivisa "politica professionale", libera dall'autoreferenzialità e priva di scorie corporativistiche, ma fortemente ancorata ad una identità professionale così come tratteggiata dalla nostra Legge di ordinamento e dal nostro codice deontologico ed ancor più fortemente orientata alla qualità dei servizi professionali offerti.

Sono convinto però che tutto ciò non sia più sufficiente perché la psicologia e soprattutto gli psicologi vedano riconosciuto il ruolo che spetta loro nella nostra società. Oltre alla buona politica professionale, credo nell'assoluta necessità vi debba essere, parallelamente, un nostro impegno diretto anche per una buona Politica: solo così la cultura psicologica potrà essere una risorsa utile per indicare buone soluzioni e costruire sviluppo per la nostra società.

*Giuseppe Luigi Palma*



## Riforma degli ordinamenti: luci ed ombre

**Giuseppe Luigi Palma**

Presidente Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

**I**l Decreto sulla Riforma degli Ordinamenti è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 14 agosto, adesso inizia una nuova stagione per dare piena operatività alle nuove norme. Il Decreto, ricordo, è lo strumento normativo attraverso cui sono stati recepiti i principi contenuti nel D.L. 138/2011. Sembrava una cosa semplice, trattandosi di dare attuazione ad una norma primaria, ma, così non è stato in quanto ancor prima della fatidica data del 13 agosto, si sono intrecciate altre norme che hanno creato non poca confusione.

I Presidenti delle 27 professioni "ordinate" sono stati convocati per 3 volte presso il Ministero di Giustizia; nelle prime 2 riunioni il Ministro aveva assunto impegni precisi circa il coinvolgimento delle Professioni nell'iter di predisposizione del decreto. D'altronde intervenire su 27 ordinamenti professionali si presentava una operazione piuttosto complessa che certamente non poteva escludere i diretti interessati. Invece, improvvisamente, a circa due mesi dalla scadenza del 13 agosto, le 27 professioni hanno appreso dalla stampa che il Ministro aveva predisposto una bozza di decreto. Solo successivamente tutte le rappresentanze delle professioni sono state convocate per la terza volta dal Ministro di Giustizia. Ovviamente, essendo stato un atto unilaterale, la prima versione del decreto presentava una serie di incongruenze, alcune davvero inspiegabili (a voler pensar bene...), come la definizione di Professionista e l'intervento in materia deontologica. La professione intellettuale, nel testo iniziale del D.P.R., veniva definita in maniera impropria, fuorviante ed al di fuori delle indicazioni della norma primaria includendo anche soggetti iscritti in "... albi o registri ed elenchi tenuti da amministrazioni o enti pubblici, allorché l'iscrizione è su-

*bordinata al possesso di qualifiche professionali o all'accertamento di specifiche professionalità". Sulla deontologia, tra gli altri, uno dei principi contenuti nella norma primaria che il decreto avrebbe dovuto recepire, riguardava le procedure in materia deontologica. In particolare si trattava di "... prevedere l'istituzione di organi a livello territoriale, diversi da quelli aventi funzioni amministrative, ai quali sono specificamente affidate l'istruzione e la decisione delle questioni disciplinari e di un organo nazionale di disciplina. La carica di consigliere dell'Ordine territoriale o di consigliere nazionale e' incompatibile con quella di membro dei consigli di disciplina nazionali e territoriali.", ma la bozza di decreto, si spingeva oltre nel recepire il principio, prevedendo che "I consigli di disciplina territoriali ... sono composti dai componenti del consiglio dell'ordine o collegio territoriale viciniori diversi dal presidente, designati dal presidente stesso secondo l'anzianità di iscrizione all'ordine o collegio.", e ancora che "Sono nominati componenti dei consigli nazionali di disciplina .... i primi non eletti alla carica di consigliere nazionale dell'ordine o collegio che abbiano riportato il maggior numero di preferenze". Insomma l'obiettivo doveva essere quello di garantire la massima terzietà nella funzioni disciplinari, ma la soluzione proposta aveva davvero dell'incredibile. Fortunatamente il testo finale del decreto approvato è stato, a seguito delle segnalazioni dei rappresentanti degli Ordini e del Consiglio di Stato, completamente rivisto.*

Ma torniamo al testo approvato e pubblicato in G.U. il 14 agosto, per evidenziarne le peculiarità e le implicazioni per la nostra professione.

**Deontologia.** Il decreto esclude le professioni sanitarie alle quali continuerà ad applicarsi la normativa vigente. La professione di Psicologo è sotto la vigilanza del Ministero della Salute in quanto professione sanitaria; tuttavia è necessario, per la piena applicabilità della norma in materia deontologica, che venga nominata la commissione centrale (D.P.R. 221/50) per il secondo grado di giudizio. Abbiamo già fatto presente la situazione sia al Ministero di Giustizia che della Salute in modo da trovare una soluzione nel più breve tempo possibile. In sintesi bisognerà integrare il DPR 221/50 con la previsione della Commissione centrale per gli psicologi e quindi procedere alla nomina.

**Obbligo di assicurazione responsabilità civile.** La norma primaria, decreto legge 138/2011 convertito in legge 148/2011, prevedeva che *“a tutela del cliente il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall’esercizio dell’attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell’assunzione dell’incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale ed il relativo massimale.”* **Il DPR appena approvato sposta ad agosto 2013 l’obbligo di stipulare la polizza.** Attualmente dunque, i professionisti che hanno già la polizza devono comunicarne gli estremi ed il massimale al cliente al momento dell’assunzione dell’incarico. Tra un anno, tutti gli iscritti all’Albo dovranno avere la polizza. Alcune criticità rilevanti dal mio punto di vista e su cui sarà necessario prendere posizione: perché costringere tutti i professionisti in quanto semplicemente iscritti all’albo a stipulare una polizza anche se non hanno alcun “cliente” cui eventualmente poter recare un danno? Nel caso della nostra categoria, sono ben oltre 40.000 gli iscritti che non lavorano, non producono reddito e non hanno quindi “clienti”, ma secondo la norma tra un anno dovrebbero avere comunque la polizza assicurativa che rassicuri “potenziali” clienti per “potenziali” danni. Su questo punto chiederemo con determinazione una deroga per coloro che non lavorano.

Altra riflessione. Nulla da eccepire sul fatto che sia opportuno che tutti i professionisti che hanno “clienti” debbano avere la polizza, ma perchè obbligare il professionista a rendere noti al cliente *“...gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale ed il relativo massimale”*? In alcune aree professionali, come in ambito clinico, questo obbligo introduce un elemento critico nella dinamica della costruzione del rapporto con l’utente. Inoltre, sono convinto che tutto questo porterà ad un aumento dei contenziosi con relativo incremento del carico di lavoro per i Tribunali e, ovviamente, del costo delle polizze per i professionisti.

Infine, è necessario un chiarimento sull’applicabilità della norma ai dipendenti che potrebbero già avere una copertura assicurativa sottoscritta dall’Ente di appartenenza.

**Formazione Continua.** Il nostro codice deontologico, fin dalla sua prima stesura del 1998, ha previsto l’obbligo di aggiornamento professionale: da una ricerca del CNOP risulta che il 97% degli iscritti segue percorsi formativi/aggiornamento dopo la laurea, a conferma di una forte attenzione all’aggiornamento da parte degli Psicologi. Il Dpr, nel ribadire che *“resta ferma la normativa vigente sull’educazione continua in medicina (ECM)”* sembra introdurre di fatto una duplice modalità di aggiornamento: **Il Regolamento del consiglio nazionale** (da emanarsi entro agosto 2013 previo parere del Ministero della Salute) da una parte, e l’Educazione Continua in Medicina (ECM) dall’altra. Ritengo sia opportuno utilizzare questa doppia possibilità. Nel ribadire che l’ECM è obbligatoria per i dipendenti e/o convenzionati del S.S.N. e/o della Sanità privata accreditata, ritengo che, attraverso il regolamento previsto dal Dpr, sia possibile rendere la formazione continua più aderente alle diverse aree professionali. Sarebbe opportuno ed auspicabile che, coloro che non sono interessati alle materie trattate in ambito ECM ai fini dell’accrescimento della propria competenza professionale, possano utilizzare modalità di formazione continua nelle materie di loro interesse, rendendo così l’obbligo formativo sostanziale e non solo formale. Ma è necessario evitare il rischio che tutto si riduca ad una corsa all’accaparramento di “punti” e “bollini”. Vorremmo poter finalmente parlare di FCP e cioè di **Formazione Continua in Psicologia** di qualità, costruita sul senso di responsabilità dello stesso professionista. Infine, non va sottovaluta l’esigenza di garantire un’offerta formativa appropriata e possibilmente gratuita ai numerosi colleghi che non lavorano. Il mercato della formazione nella nostra categoria è già piuttosto sovradimensionato. Troppo spesso la formazione offerta dai colleghi ad altri colleghi appare come l’unica opportunità lavorativa, in questo senso non è del tutto inappropriato parlare di una sorta di “cannibalismo professionale” in cui appunto ... ci si alimenta dei propri simili!

**Tirocinio.** Non cambierà nulla poichè è già previsto il tirocinio, dopo la laurea, di 12 mesi ed in ogni caso, in quanto professione sanitaria, siamo esclusi da quanto previsto dal Dpr.

**Pubblicità.** Quando si tratta di intervenire sulle persone ed in particolare sulla salute è più che opportuno che, come previsto dal Dpr: *“La pubblicità informativa*



*... dev'essere funzionale all'oggetto, veritiera e corretta, non deve violare l'obbligo del segreto professionale e non dev'essere equivoca, ingannevole o denigratoria".*

**Società tra Professionisti.** Nelle prossime settimane si potrà conoscere il testo che disciplina queste società. Di particolare rilevanza rimane la questione dei soci di capitale. Tuttavia ritengo che l'introduzione di norme specifiche potrebbe avere una funzione positiva di sviluppo e stimolo anche per la nostra professione. Potrebbe essere una opportunità di crescita, ad esempio, per quanto riguarda l'offerta di servizi integrati e multidisciplinari.

**Parametri.** Benché previsto dalla legge di ordinamento della Professione di Psicologo sin dal 1989, in realtà i Ministeri Competenti (Giustizia e Salute) non hanno mai approvato il decreto del nostro tariffario. L'abolizione delle tariffe non ha introdotto alcuna novità in quanto, nel nostro caso, non c'era alcun tariffario da abolire! Ricordo che la definizione dei parametri è necessaria in caso di liquidazione da parte di un organo giurisdizionale, ma per noi psicologi, il decreto parametri è fondamentale perché conterrà il nomenclatore delle nostre prestazioni con le relative tariffe, andando quindi a definire, insieme alla legge 56/89 e 170/2001 gli ambiti di pertinenza della nostra Professione. Il decreto dovrà essere approvato dal Ministero vigilante, cioè dal Ministero della Salute, con il quale è in corso una intensa interlocuzione.

In conclusione, l'agenda dei prossimi mesi avrà come obiettivi la definizione del regolamento per la formazione continua, il perfezionamento dell'iter passaggio al Ministero della Salute con l'istituzione della Commissione Centrale per la deontologia ed infine il Decreto Parametri, novità tutte che speriamo rilancino anche la nostra professione come professione moderna sostenuta e garantita dalle politiche del nostro Governo.

*Giuseppe Luigi Palma*



## Radici antiche di una idea moderna: lo psicologo di base

di **Glauco Ceccarelli**

Professore associato di Storia della Psicologia  
e di Psicologia Generale - Università degli Studi di Urbino  
"Carlo Bo"

Dopo essersi affacciata anni or sono nella letteratura scientifica internazionale (Diekstra, 1988; Bertini, 1988a; Ceccarelli, 1996), l'idea di una "psicologo di base", che cooperi con il medico di base nell'ambito dei servizi di medicina generale, è rimasta, per così dire, quasi "silente" per un lungo periodo. Molto recentemente, in Italia, la stessa idea è ricomparsa, dando luogo ad esperienze innovative (Tomassoni & Solano, 2003; Solano & Fayella, 2007; Solano, 2011), e viene attualmente sostenuta con determinazione da parte dell'Ordine Nazionale degli Psicologi (Palma, 2011; Felaco, 2011).

Questo stato di cose può ben sollecitare una esplorazione della storia remota della nostra disciplina nei contesti della salute e della malattia, per rintracciare, se esistono, i primi "segni" di una concezione che, pur configurandosi senz'altro come "moderna", potrebbe avere antiche origini, ancorché "dissimulate" entro concettualizzazioni che possono oggi sembrare molto differenti, se non addirittura opposte.

E, in effetti, una ricerca mirata delle fonti ha permesso di reperire alcuni materiali interessanti, che confermano l'ipotesi di posizioni lontane nel tempo che, sia pure apparentemente "altre", o perfino contrarie, risultano invece analoghe, nella sostanza di fondo, a quelle che

oggi si orientano verso l'interazione di due competenze differenti in due professionisti diversi, il medico di base e lo psicologo, nell'affrontare le questioni della salute e della malattia.

Senza cadere in distorsioni di prospettiva di matrice presentista, ma prestando la dovuta attenzione all'orizzonte storicistico, sembra dunque di poter asserire che alcuni autori, anche se in numero molto ridotto, portano all'inizio del XIX secolo contributi in tal senso. Tra questi, di particolare rilevanza sembrano gli scritti di Stefano Stefani<sup>1</sup> (1880-1968).

In uno di tali lavori ("Dell'atteggiamento mentale del medico in presenza del suo malato"), pubblicato nel 1913, Stefani muove da una netta affermazione, piuttosto scontata, ma basilare: «È un fatto indiscutibile che lo scopo di ogni terapia dovrebbe essere quello di riconquistare all'organismo malato il perfetto equilibrio delle sue funzioni» (Stefani, 1913, p. 303). Da tale convinzione di fondo fa scaturire un preciso auspicio, che solo in apparenza è banale: «a questo [equilibrio delle funzioni] dovrebbe sempre volgere lo sguardo ogni pratico che, per essere un *buon medico*, sentisse la necessità di essere un *buon fisiologo*» (*ibidem*). Il valore innovativo di questa frase, per l'epoca, sta nel fatto che nelle parole di Stefani il termine "fisiologo" non ha a che fare con la

<sup>1</sup> Stefano Stefani nasce ad Osimo l'8 Maggio 1880. Dopo gli studi di medicina e l'ingresso nella professione, pubblica su diverse riviste scientifiche, tra le quali "Psiche", di Firenze, e il "Giornale di Psichiatria clinica", di Ferrara. Dal 1925 al 1931 è assistente volontario presso la Clinica Neuropsichiatrica dell'Università di Roma, diretta da Giovanni Mingazzini. Muore a Tivoli il 19 Gennaio 1968. Si tratta di uno studioso oggi pressoché sconosciuto, come testimoniano anche le difficoltà incontrate per reperire almeno le notizie biografiche essenziali sul personaggio. Ringrazio per alcune di queste notizie il Comune di Osimo (sig.ra Mariella Cantori), l'Archivio del personale dell'Università di Roma "La Sapienza" (dott.ssa Mariapia Bumbaca) e la collega Valeria Paola Babini.

classica (e ovvia) distinzione abitualmente istituita in medicina tra *fisiologia* ed *anatomia*. Il senso è un altro, come viene chiaramente specificato nel testo che segue: «l'immagine del perfetto equilibrio funzionale psichico e fisico dell'organismo, dovrebbe saldamente fissarsi nella mente del medico ogni volta che si trova davanti ad un edificio psicofisico da restaurare o, addirittura, da ricostruire» (*ibidem*). Stefani parla dunque non tanto del funzionamento dell'organismo biologico, ma del *buon funzionamento* di entrambe le dimensioni dell'individuo, quella psichica e quella organica.

Come si vede, parecchi decenni prima che nuove concezioni di malattia e di salute si facessero strada, prima che le stesse venissero codificate nei documenti dell'OMS, prima che si cominciasse a parlare di "psicologia della salute",<sup>2</sup> idee molto simili, pur portatrici di conseguenze *differenti* rispetto a quanto oggi si va proponendo, avevano iniziato a circolare nel nostro Paese, benché soltanto negli scritti di qualche studioso, abbastanza isolato.

Ora, quella che viene caldeggiata da Stefani, al fine di realizzare un approccio al malato che si declini ad un tempo sul versante fisico-organico e su quello psichico, è evidentemente una preparazione psicologica e psicoterapeutica del medico. E questa è la principale delle "conseguenze differenti" alle quali ho appena accennato: *differente* rispetto ai giorni nostri, appunto perché si orienta verso una *doppia competenza* del professionista della salute e della malattia, che in quegli anni è solo ed esclusivamente il medico. Ed è pure vero, volendo accennare anche ad un'altra rilevante conseguenza, che proprio questa impostazione costituirà, molto tempo dopo, in Italia, uno dei più rilevanti ostacoli all'attribuzione di compiti psicoterapeutici allo psicologo, quando si tratterà di riconoscere e di regolamentare appunto le professioni di psicologo e di psicoterapeuta.<sup>3</sup> Tuttavia, a ben vedere, questa stessa proposta della doppia competenza si fonda sul medesimo argomento di fondo, la considerazione dell'*intreccio di rapporti tra mente e corpo nella salute e nella malattia*, che può essere oggi portato a sostegno di una impostazione alternativa. Ovvero di quella che sostiene l'opportunità dell'incontro e dell'interazione di due diverse competenze, quella medico-biologica e quella psicologico-psicoterapeutica, nell'affrontare le questioni della salute

e della malattia, sul piano teorico e su quello operativo. Due competenze che vengono oggi intese, di norma, come proprie di due diverse figure professionali, quella del medico e quella dello psicologo (e/o psicoterapeuta), oggi entrambe riconosciute, che possano cooperare nei diversi stadi dell'operatività, a partire da quello iniziale e, ancora di più, da quello preventivo e promotivo.<sup>4</sup>

Ma nello scritto di Stefani c'è anche qualcosa in più, di grande importanza e di valenza sicuramente anticipatrice. Si afferma infatti a chiare lettere che «per tale restauro e per tale ricostruzione [dell'"edificio psicofisico"] è necessario che l'immagine mentale della *salute* diventi familiare al medico ben più di quella dello *stato morboso* che, invece, il più delle volte ne assorbe esclusivamente l'attenzione» (*ibidem*). In concreto, «solo orientando la propria funzionalità psichica verso l'immagine della perfetta salute, dell'armonia costituzionale e funzionale dell'organismo, potrà il medico esercitare sul paziente un influsso psichico che agirà salutarmente anche sul fisico di lui. Giacché è proprio l'immagine della disarmonia, della propria irregolarità e impotenza funzionale quella che, invadendo completamente il campo psichico del malato, ne paralizza le buone energie che ancora gli restano e forma un ostacolo non lieve alla sua risurrezione» (*ivi*, pp. 303-4).

Andando alla sostanza, e "filtrando" certi modi di esprimersi dell'epoca, troviamo dunque non soltanto l'affermazione dell'opportunità delle due competenze (pur se in un solo operatore anziché in due), ma anche un'altra idea-chiave dell'odierna psicologia della salute, vale a dire la *necessità* di focalizzarsi appunto sulla salute piuttosto che sulla patologia. Sembra quasi di sentire le discussioni dei primi anni '90 del Novecento, in Italia, quando appunto si avanzava, non senza incontrare un certo scetticismo, l'idea che lo psicologo non dovesse più soltanto centrarsi sul versante patologico e che dovesse invece orientare la propria operatività alla prevenzione e soprattutto alla promozione della salute come condizione positiva, ovvero del *benessere*. Ed è proprio questa parola, dal sapore apparentemente solo attuale, che compare più avanti nel testo di Stefani, quando questi sostiene che «ad ogni paziente dovrebbero per opera del medico divenire familiari le frasi e le idee di *benessere, salute, regolarità delle funzioni* e simili,

<sup>2</sup> Sulla psicologia della salute, cfr. Bertini (1988b, pp. 62-76) e Ceccarelli (1996, *passim* e p. 123, n15). Per una storia della Divisione 38 (Health Psychology) dell'American Psychological Association, cfr. Wallston (1997).

<sup>3</sup> Circa il lungo e tormentato iter del riconoscimento giuridico della professione di psicologo (e di psicoterapeuta), anche nelle sue dimensioni sociali, culturali e scientifiche, possono essere consultati, tra molti, gli scritti di Ossicini (2002) e di Calvi (2008, 2009).

<sup>4</sup> È sul rapporto mente-corpo, tematica che attraversa secoli e secoli di pensiero filosofico e scientifico, che si fondano anche i primi lavori italiani sulla psicoterapia, ancora di area medica, come quelli di Portigliotti (1903) e di Giachetti (1907, 1913), autori citati anche nella successiva nota 6.



che questi dovrebbe trasfondere in lui con una continua ed oculata azione suggestiva» (*ivi*, p. 304). Quello che il medico dovrebbe assumere è in sostanza, secondo l'autore, un *atteggiamento fisiologico*, anziché patologico. Laddove è chiaro che fisiologico è quell'atteggiamento che fa perno sulla salute e non sulla malattia.

Stefani avverte però che «tale sostituzione di uno stato psicofisiologico allo stato psicopatologico del malato dovrà tuttavia essere fatta con oculatezza e potrà solo effettuarsi fin dove l'esame delle sue condizioni *reali* farà vederne la possibile attuazione» (*ivi*, p. 305). Si tratta di una vera e propria "psicoterapia fisiologica", nella quale «bisognerà procedere passo passo, in modo che tale orientamento psicofisiologico avvenga gradualmente, senza brusche scosse o pericolose improvvisazioni. In tal caso sarà sempre bene cominciare dall'*idea di star meglio* prima di arrivare all'*idea di star bene*» (*ibidem*).

Un esempio di questo modo di procedere, non privo di qualche semplificazione ed "ingenuità", Stefani ce lo fornisce facendo riferimento agli stati di depressione, esaurimento e/o convalescenza. A suo avviso, in tali casi e comunque «ogni volta che si dovrà dare alla terapia ordinaria un indirizzo *ricostituente*, dovrà il medico riempire la propria mente di immagini tali che, proiettate suggestivamente su quella del paziente, la orientino verso la ricostituzione del suo organismo che precederà la sua funzionalità normale» (*ivi*, pp. 305-6).

In questa parte dell'articolo di Stefani è da segnalare il ripetuto ricorrere della *suggestione*, in un'epoca in cui altri studiosi si muovevano già in una diversa direzione, e tendevano, se non ad escludere, quantomeno a marginalizzare il ruolo della suggestione nella psicoterapia propriamente intesa. E ciò a vantaggio di un altro "meccanismo", quello della *persuasione*, giudicando la prima troppo "vicina" alle precedenti pratiche di ipnotismo, da evitare in quanto eccessivamente passivizzanti.<sup>5</sup> È però soprattutto il caso di sottolineare che l'autore annette grande rilevanza, ai fini del reintegro delle condizioni di salute, all'*azione psichica sul malato*, pur condotta secondo modalità suggestive.

Ma il tema dell'interazione tra competenze torna anche, e con evidenza, in un altro scritto di Stefano Stefani, intitolato significativamente "Valutazione psichica del malato" (1915). In questo caso è l'*incipit* dell'articolo a esplicitare chiaramente la ragione per cui allora si cominciava a pensare alla necessità di una "doppia competenza" da parte del medico, deputato ad occuparsi ad

un tempo e della mente e del corpo, nonché delle loro intricate relazioni. La stessa ragione, come abbiamo già visto, per cui oggi possiamo pensare ad un "incontro" di due competenze proprie di due distinti operatori.

Questa è l'apertura di Stefani: «Per tutti coloro che hanno un'idea non superficiale dei rapporti tra la mente e il corpo, tra il morale e il fisico, è cosa ben evidente che la Psicoterapia non può né deve restringere la sua benefica azione a un determinato gruppo di malattie, ma può e deve estenderla invece a ogni genere di stati morbosi e di ammalati. Io credo che non poca parte degli insuccessi terapeutici nelle malattie le più svariate sia appunto dovuta alla trascuranza da parte del medico di ogni singolo *elemento psichico* che entrava in esse e, di conseguenza, alla rinuncia, per lo più incosciente, ad un mezzo terapeutico di prim'ordine che, usato a dovere e con tatto, avrebbe dato certo frutti eccellenti» (Stefani, 1915, p. 353).

Qui i punti "cruciali" sono costituiti dal riferimento ai *rapporti mente-corpo* e dalla convinzione che *in ogni malattia entri un elemento psichico*.<sup>6</sup> Ma pure le frasi che seguono appaiono, anche ad uno sguardo contemporaneo, altrettanto interessanti. Stefani afferma infatti che «all'infuori delle malattie mentali propriamente dette e di quelle psichiche in genere, la valutazione degli elementi psichici che rientrano in ciascun gruppo di malattie si fa in modo sommario o addirittura si trasalascia dal maggior numero dei medici pratici [...], quasi che un malato, per la sola ragione di esser tale, dovesse venir considerato come una semplice macchina da riaccomodare alla meno peggio e non come un complesso organismo psicofisico la cui funzionalità dev'essere riattivata e, anche, perfezionata con i metodi più squisiti e comprensivi» (*ibidem*).

Ecco quindi che l'autore afferma la necessità, per il medico, di procedere, attraverso una attenta osservazione, alla *valutazione psichica del malato*. Secondo Stefani, che a questo punto entra maggiormente nel dettaglio, molto ampio è il campo in cui, nell'interazione con il soggetto, può essere esercitata tale osservazione. Solo come esemplificazione non esaustiva, si può qui ricordare che l'autore menziona, come "oggetti" sui quali dirigere l'attenzione, lo *stato generale* del malato, con precipuo riguardo al suo «grado speciale di *abbattimento*», l'*atteggiamento psichico* del medesimo verso la propria malattia (ovvero «la diagnosi e la prognosi *soggettiva* del paziente»), l'*anamnesi* (da costruire lasciando piena libertà di esprimersi), l'*intelligenza* del malato (importante perché «la ricostruzione

<sup>5</sup> È questa per esempio la posizione di Cipriano Giachetti, come Stefani uno studioso oggi dimenticato, che in una sua opera del 1913 (e in polemica con Giuseppe Portigliotti, altro autore attualmente del pari sconosciuto, che aveva scritto nel 1903 uno dei primissimi volumi italiani sulla psicoterapia) si professa, argomentatamente, come fautore della "psicoterapia razionale" introdotta dal medico bernese Paul Dubois (1848-1918), centrata appunto sul ragionamento e sulla persuasione.

<sup>6</sup> Sul "modello bio-psico-sociale" (BPS) cfr. Bertini (1988a) e Ceccarelli (1996, *passim* e p. 122, n. 7).

psicoterapica del malato esige ch'egli *capisca* quello che gli si vuol fare per *guarirlo*»), la *recettività mentale*, la *volontà* di questi («da non confondere con il *desiderio*»), l'*aspetto morale* della psiche del soggetto, la sua *affettività* e la sua *emotività*, la sua *veracità* e la sua *sincerità*, i suoi *pregiudizi* e *preconcetti*, e infine l'ambiente fisico e soprattutto quello *psichico* nel quale il malato è inserito (*ivi*, pp. 353-61).<sup>7</sup>

Come si vede, una gamma veramente estesa di aspetti da sondare e un modo di procedere del quale nella conclusione dell'articolo vengono esplicitate in maniera ancora più chiara le ragioni. Secondo Stefani, infatti, «tutta questa serie di osservazioni e ricerche potrà valere al medico per stabilire, accanto a quella ordinaria, la sua *diagnosi causale psichica*, rilevando se una *causa psichica* è quella *efficiente* della malattia, oppure se una tale causa debba ritenersi produttrice *occasionale* del male stesso, oppure se tra le *cause ausiliarie* debba annoverarsene anche una *psichica* o più di una: e in ogni modo se tale causa o cause psichiche, efficienti, occasionali, ausiliarie siano intrinseche o estrinseche al soggetto, permanenti o temporanee: e così si potrà conoscere con esattezza del *quanto di psichico* c'è nella malattia stessa» (*ivi*, p. 362).

Come si può vedere, l'humus fondamentale delle idee e delle proposte di Stefani, comunque innovative per l'epoca, è indubitabilmente costituito dal rapporto mente-corpo. E va anche rilevato che l'idea della "doppia competenza" del medico appare pure in linea con quello che recentemente ho ritenuto di poter indicare come un *paradosso* nella vicenda storica della psicologia, in particolare di quella italiana. Che consiste essenzialmente nel fatto che all'inizio del Novecento cominciano già a delinearsi quelle che saranno poi due tra le aree applicative principali della psicologia, ma che allora non vengono ascritte alla psicologia stessa, stante anche l'inesistenza della figura professionale dello psicologo, il *testing* e la *psicoterapia* (cfr. Ceccarelli, 2011): entrambe sembrano essere infatti riservate, all'inizio, ad altre figure. Medici, pedagogisti e insegnanti per ciò che riguarda il testing, medici e psichiatri per quanto concerne la psicoterapia. Ma basta sostituire, operazione peraltro agevole solo concettualmente e non certo fattualmente, l'idea della doppia competenza con quella delle due competenze per passare alla prospettiva che oggi si sta facendo strada. E partendo dal medesimo nucleo di base, l'affermazione dell'ineludibile intreccio tra le due "dimensioni" dell'essere umano, che è rimasto inalterato almeno dai tempi degli scritti di Stefano Stefani. Muoversi in questa direzione sarebbe un passo che va in sintonia con gli sviluppi della

psicologia e delle sue applicazioni e, più in generale, con l'approfondimento dell'approccio integrato alle questioni della salute e della malattia, nei loro due versanti principali, quello organico e quello psicologico.

## Riferimenti Bibliografici

- Bertini, M. (a cura di) (1988a). *Psicologia e salute – Prevenzione della patologia e promozione della salute*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Bertini, M. (1988b). Dalla psicologia medica alla psicologia della salute. In M. Bertini (a cura di), *Psicologia e salute – Prevenzione della patologia e promozione della salute*. Roma: Nuova Italia Scientifica, pp. 62-76.
- Calvi, E. (2008). Amarcord – La nascita dell'Ordine degli psicologi italiani – I. *Psicologi a confronto*, II (2), 9-22.
- Calvi, E. (2008). Amarcord – La nascita dell'Ordine degli psicologi italiani – II. *Psicologi a confronto*, III (1), 9-21.
- Ceccarelli, G. (1996). Prevenzione e promozione in psicologia. Problemi, risorse, prospettive. In G. Ceccarelli (a cura di). *La specificità psicologica – Dai fondamenti teorici all'intervento*. Firenze: Pontecorboli, pp. 99-124.
- Ceccarelli, G. (2011). Il primo congresso degli psicologi italiani – Torino, 15-17 Ottobre 1911. Relazione presentata al convegno *Cent'anni di psicologia scientifica e professionale*, organizzato dall'Ordine degli Psicologi del Piemonte. Torino, 11 e 12 Novembre 2011.
- Diekstra, R. F. W. (1988). *Psychology's role in the new health care system*. Geneva: WHO, Division of Mental Health.
- Felaco, R. (a cura di) (2011). Verso la fondazione dello psicologo di base – Intervista al prof. Mario Bertini. *La Professione di Psicologo*, 1, 7-10.
- Giachetti, C. (1907). I concetti moderni della psicoterapia razionale. *Rivista di Psicologia*, III, 13-26.
- Giachetti, C. (1913). *La medicina dello spirito*. Milano: Hoepli.
- Ossicini, A. (2002a). Per un albo ed un Ordine per gli psicologi: 21 anni di polemiche in Parlamento e fuori. In A. Ossicini, *La rivoluzione della psicologia*. Roma: Borla, pp. 281-90.
- Ossicini, A. (2002b). Qualche riflessione necessaria. In A. Ossicini, *La rivoluzione della psicologia*. Roma: Borla, pp. 290-316.
- Palma, G. L. (2011). Psicologia e società moderna. *La Professione di Psicologo*, 1, 1-3.
- Portigliotti, G. (1903). *Psicoterapia*. Milano: Hoepli.
- Solano, L. (2011). Offrire risposte dove emerge la domanda: uno psicologo di base nello studio del medico di medicina generale. *La Professione di Psicologo*, 1, 11-14.
- Solano, L. & Fayella, P. (2007). Medico e psicologo insieme in studio. *Occhio clinico*, 7.
- Stefani, S. (1913). Dell'atteggiamento mentale del medico in presenza del suo malato. *Psiche*, II, 303-7.
- Stefani, S. (1915). Valutazione psichica del malato. *Psiche*, IV, 353-63.
- Tomassoni, M. & Solano, L. (2003). Una base più sicura: esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi. Milano: Angeli.
- Wallston, K. A. (1997). A history of Division 38 (Health Psychology): Healy, wealthy, and Weiss. In *Unification through division: Histories of the divisions of the American Psychological Association* (vol. 2). American Psychological Association, PsycBOOKS.

<sup>7</sup> Sono qui evidenti echi dell'approccio ippocratico.



# Psicologhe: tra formazione e professione.

## Un invito al dibattito

di **Marco Guicciardi**

Professore associato di *Psicometria* - Università degli Studi di Cagliari, Presidente Ordine Psicologi Sardegna

La psicologia italiana ha davanti a sé rilevanti sfide dalla cui soluzione può derivare la sua stessa sopravvivenza quale disciplina e professione autonoma. Sono essenzialmente tre gli ambiti entro cui queste sfide si stanno palesando: scientifico, accademico e professionale.

Sul **piano scientifico** l'autonomia della psicologia è messa in crisi da possibili fughe in avanti verso gli opposti estremi, allo stato attuale, rappresentati da una parte dalle neuroscienze e dall'altra dalle *Socio-economic sciences and the Humanities*. Entrambe le prospettive corrono il rischio di trascurare il *proprium* della psicologia, vale a dire quel mondo rappresentativo-simbolico, che non può essere ridotto al substrato che lo rende possibile, né tantomeno considerato un fattore di disturbo, all'interno di modelli di tipo socio-economico.

Sul **piano accademico** la riforma Gelmini richiede una maggiore aggregazione di strutture didattiche e scientifiche e in assenza di requisiti minimi necessari, comporta la costituzione di nuovi *ibridi*, in cui confluiscono le facoltà, i corsi di laurea e i dipartimenti di psicologia sempre più esposti a possibili colonizzazioni e snaturamenti da parte di aree disciplinari attigue, ma accademicamente più consolidate (es. scienze mediche o pedagogiche).

Sul **piano professionale** lo scollamento tra formazione triennale e magistrale da una parte e acquisizione di professionalità di base e specialistica dall'altra sta diventando sempre più evidente. Ne sono riprova le esperienze fallimentari del tirocinio e soprattutto gli Esami di Stato che registrano sempre più frequentemente elevate percentuali d'insuccessi, anche da parte di coloro che si sono laureati brillantemente con il massimo dei voti e/o hanno terminato il tirocinio post laurea con ottimi giudizi.

La modernità liquida sembra celare una piccola rivoluzione silenziosa: nuove professioni da una parte e saperi consolidati dall'altra stanno intercettando i bisogni individuali e collettivi e spesso i loro più convinti assertori finiscono col dare risposte in nostra vece. Insieme ai counselor, ai mediatori, ai coach, ai reflector fioriscono i consulenti filosofi, i pedagogisti clinici, gli psichiatri di consultazione e collegamento. Quali possibilità ci sono di invertire la rotta? "La psicologia conosciuta da pochi, ma utile per molti",<sup>1</sup> può porsi degli obiettivi più ambiziosi di quelli sinora esplorati?

A distanza di circa quarant'anni dalla loro istituzione, permane l'atavica tendenza ad iscriversi ai corsi di laurea in psicologia per seguire una formazione clinica e terapeutica, a dispetto talvolta dei percorsi universitari

<sup>1</sup> Si tratta di uno motto coniato in occasione della conferenza al Parlamento Europeo, organizzata dall'EFPA, lo scorso anno a Brussels al fine di presentare ai parlamentari, ai decisori politici e agli organismi europei, un quadro aggiornato della psicologia e di quanto essa possa offrire alla società europea.

proposti e intrapresi (es. sviluppo e educativo o lavoro e organizzazioni), dei costi della specializzazione pubblica e privata e della pleora crescente di psicoterapeuti. Stime recenti valutano il rapporto psicologi vs. psicoterapeuti pari quasi a 2:1. Mentre a livello europeo acquistano rilevanza gli apporti della psicologia scolastica, del lavoro e delle organizzazioni, che rendono disponibili ulteriori possibilità occupazionali, nel nostro paese questi sbocchi appaiono spesso transitori, una sorta di necessaria “moratoria” verso forme più mature di sviluppo professionale, ancora identificate con la pratica clinica.

C'è talvolta il sospetto che l'attuale formazione universitaria anticipi troppo precocemente gli sviluppi disciplinari, favorendo una frammentazione delle conoscenze e ritardando lo sviluppo di una identità professionale forte e duratura. Come anche le più recenti indagini confermano l'identità professionale (core) degli psicologi continua ad essere, soprattutto in Italia, quella del terapeuta, che per essere coronata da successo richiede un ulteriore percorso di specializzazione di quattro/cinque anni. Come la fisica ci insegna quando il baricentro è troppo alto è sufficiente una piccola spinta ... per far cadere tutta la impalcatura.

La mancata specificazione di qualifiche professionali, oltre a quelle previste dalla legge 56/89 di psicologo e psicoterapeuta, corre il rischio di trasformarsi in un involontario boomerang. Se sulla carta la mancata specializzazione delle competenze lascia potenzialmente aperto il mercato del lavoro al contributo di tutti gli psicologi, le condizioni di precarietà lavorativa e l'eccesso di offerta finiscono per ostacolare anche quelle poche vocazioni, scientificamente e professionalmente orientate. Basti pensare a quanto sta accadendo attualmente in tema di valutazione dello stress lavoro correlato: ambito in cui si confrontano, quando non si scontrano, competenze e modelli di riferimento psicologico di matrice laburistica e clinica, all'interno di una cornice normativa (D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81), che relega l'assessment psicologico ad elemento accessorio e facoltativo di un processo valutativo quasi esclusivamente declinato in termini organizzativi.

Per questi motivi occorre una forte sinergia tra gli attori interessati allo sviluppo della psicologia: una psicologia capace di mantenere la propria autonomia disciplinare ma al contempo aperta e capace di declinarsi in molte

plici articolazioni (salute, lavoro, formazione) e di confrontarsi con altre figure professionali, con cui condividere comuni ambiti di esperienza (es. consulenti del lavoro, addetti alla sicurezza, orientatori, etc.) o interlocuzioni privilegiate in ambito professionale (es. medici, insegnanti, assistenti sociali).

Particolare attenzione dovrebbe essere riposta nell'individuare, sostenere e sperimentare nuovi percorsi formativi e professionali, che possano meglio dotare di competenze trasversali gli psicologi che lavorano nelle aree di confine e qualificare quelle discipline emergenti che necessitano di maggiori risorse e verifiche, anche nell'ottica di una *evidence-based practice* (es. traffico, emergenze, sport).

C'è un urgente bisogno di stabilire sistemi di documentazione e analisi che a livello nazionale ed europeo possano monitorare l'occupabilità dei laureati in psicologia, non solo perché lo richiede l'ANVUR e la ripartizione del FFO<sup>2</sup>, ma anche perché una seria programmazione formativa non può non partire dalla analisi delle competenze spendibili sul mercato. Occorre istituire una maggiore integrazione a livello nazionale tra le qualificazioni professionali, gli obiettivi di apprendimento e i crediti formativi universitari, ciò al fine di promuovere l'apprendimento continuo, il riconoscimento europeo dei titoli di studio, il potenziamento delle competenze degli inoccupati e la mobilità dei professionisti (Rauhvargers, 2009). Per quanto la professione di psicologo sia da sempre declinata al femminile può sorprendere sapere che il rapporto femmine maschi pari a 2:1 nei colleghi di età superiore ai 54 anni diventa di 9:1 se si considerano coloro che hanno meno di 30 anni. Da qui un ulteriore indebolimento contrattuale – di cui occorre farsi portavoce – dovuto alla discriminazione che colpisce le donne italiane rispetto agli altri paesi europei: in Italia il 33,7% delle 25-54enni non percepisce redditi, contro la media del 19,8% (Ue27). Le madri sono molto più penalizzate dei padri nell'accesso al mondo del lavoro: la loro probabilità di trovare lavoro rispetto ai padri è 9 volte inferiore nel Nord, 10 nel Centro e 14 nel Mezzogiorno (ISTAT 2011).

Non ostante le psicologhe possano vantare una lunga e complessa formazione post universitaria capita sempre più frequentemente che, complice la crisi economica, esse lavorino in condizioni di precarietà, con scarso riconoscimento del ruolo professionale, talvolta ricoprendo qualifiche meno ambite e remunerate, pur di

<sup>2</sup> L'Agenzia di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca (ANVUR) istituita con [DPR 1 Febbraio 2010, n.76](#) ha il compito di operare una valutazione dei prodotti della ricerca, della qualità delle Università e degli enti di ricerca ed emettere pareri sui decreti attuativi della legge di riforma universitaria (L. 240/2010). Sulla base delle sue valutazioni possono essere trasferite alle Università percentuali diverse di fondi di finanziamento ordinario (FFO).



non rimanere escluse dal mercato del lavoro. A tale riguardo, risultano quanto mai illuminanti i dati presentati recentemente da Alleva (2012) relativi ai laureati in psicologia della Sapienza, che hanno successivamente stipulato dei contratti di lavoro di ogni tipologia<sup>3</sup>. Quante sono in Italia le colleghe che con la laurea in psicologia e l'iscrizione all'Ordine lavorano come educatrici, sorveglianti, operatrici sociali o prestano assistenza a varie forme di fragilità umana e marginalità sociale? Come sono state assunte e per quanto tempo? Potrebbero, a ragione o a torto, proporsi adesso quali tutor per le future colleghe in formazione? Cosa succederà a breve nel momento in cui queste persone dovranno documentare la loro attività di formazione continua svolta in ambito psicologico?

Sono questi alcuni interrogativi che occorre iniziare a porsi anche a seguito della recente pubblicazione del DPR n. 137 (G.U del 14 agosto 2012), che stabilisce l'obbligo di aggiornamento professionale per ogni professionista e non solo per coloro che lavorano in ambito sanitario, già tenuti a conseguire i crediti ECM.<sup>4</sup> Un'occasione utile per ripensare la formazione di terzo livello, sinora per lo più indirizzata a perfezionare le competenze dei giovani laureati, che il mercato del lavoro, per come è strutturato attualmente, quasi mai è in grado di valorizzare.

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). Occorre integrare la trasmissione del sapere inteso come complesso di conoscenze culturali e tecniche per lo svolgimento di una determinata attività lavorativa, con una concreta applicazione del sapere in un dato contesto organizzativo, al fine di non separare l'apprendimento e lo studio dal lavoro e dalla partecipazione alla vita attiva. Una maggiore attenzione al territorio e alle dinamiche del lavoro e delle professioni, una più frequente consultazione degli *stakeholder*, potrebbe garantire una maggiore corrispondenza tra percorso di studi e mondo del lavoro, tra bisogno formativo e ordinamento didattico.

La richiesta di prestazioni psicologiche è paradossalmente in aumento, ma non incontra l'offerta professionale, essendo spesso espressa in modo frammentario ed eterogeneo. E' necessario che iniziamo a considerare l'esigenza di promuovere la qualità dei servizi e dei prodotti da noi offerti, in modo tale che corrispondano al meglio alle esigenze ed aspettative dei clienti e ci abituiamo alla certificazione della qualità, efficacia e appropriatezza delle nostre prestazioni, riflettendo e documentando lo sviluppo delle competenze maturate nell'ambito professionale, anche tramite la frequenza di attività di formazione continua.

Questi e altri spunti di riflessione vogliono essere un **invito ad un dibattito** aperto su tematiche relative alla qualità della formazione scientifica e professionale in psicologia; argomenti che in passato hanno animato le pagine di numerose riviste scientifiche e professionali e rappresentato il focus di estese ricerche e approfondite analisi. I contributi offerti da tutti gli interessati potrebbero consentire di chiarire alcuni cambiamenti in atto e facilitare la costruzione di un sistema formativo attento alla qualità dei processi, alle esigenze del territorio e all'occupabilità dei laureati, secondo una strategia che coinvolge le Imprese, l'Università e la Professione.

E' con questo auspicio che ospitiamo volentieri il primo contributo, propostoci da Salvatore Soresi, ... a proposito del futuro della formazione universitaria in Psicologia.

## Riferimenti Bibliografici

- 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.
- ISTAT (2011). Rapporto annuale. La situazione del Paese nel 2010. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- Rauhvargers A., (2009) Bologna Process Stocktaking. 6th Bologna Ministerial Conference Leuven and Louvain-la-Neuve, 28-29 April 2009.



<sup>3</sup> Seminario su "Occupabilità dei laureati dei Corsi di Laurea Magistrali in Psicologia (LM51)" Roma La Sapienza, 8 novembre 2012.

<sup>4</sup> Il decreto affida al Consiglio Nazionale dell'Ordine la potestà di stabilire le modalità e le condizioni per l'assolvimento di tale obbligo, i requisiti minimi standard dei corsi di aggiornamento e il valore del credito formativo professionale quale unità di misura della formazione continua. Occorre ricordare che l'obbligo di aggiornamento è previsto sin dalla sua prima stesura del 1998 dal nostro codice deontologico (art.5) e pertanto non può considerarsi una novità l'illecito disciplinare che si configura a seguito dal suo mancato assolvimento. Per i dipendenti della sanità e per coloro che lavorano in regime di convenzione con il S.S.N. e/o la Sanità privata accreditata da tempo è prevista l'educazione continua in medicina (ECM), ai sensi degli artt. 16 bis e 16 ter del decreto legislativo 501/92 e successive modifiche ed integrazioni.



## ...a proposito del futuro della formazione universitaria in psicologia

di **Salvatore Soresi**

Professore Ordinario di Psicologia delle disabilità e di Disabilità e integrazione sociale - Università degli Studi di Padova

**A**nche a proposito della formazione degli psicologi, in questi tempi di crisi e di transizione, aumentano le voci di coloro che considerano urgente aprire dibattiti ed avviare confronti in quanto sembrerebbe per lo meno ingenuo continuare nei nostri usuali insegnamenti senza domandarci cosa ne sarà del futuro di quelle migliaia di studenti che ogni anno laureiamo. Le brevi note che qui propongo derivano dalla rielaborazione di alcuni stimoli che ho trovato in alcuni documenti ai quali rinvio sin d'ora per i dovuti approfondimenti. In particolare mi riferirò:

- a) ai discorsi di insediamento che due Presidenti dell'APA (l'Associazione Americana degli Psicologi) Kazdin e Melba Velasquez hanno recentemente proposto all'assemblea degli psicologi americani e dai quali traspare chiaramente che sia la professione che la ricerca e la formazione in psicologia necessitano di radicali cambiamenti;
- b) ai lavori del Life Designing Research Group (Savickas, Nota, et al., 2009) a proposito di come sarebbe opportuno riflettere in materia di "costruzione e progettazione professionale", compresa quella di inte-

resse psicologico, superando i modelli tradizionali, di tipo prevalentemente individuale e privatistico, e considerando con particolare attenzione le determinanti di tipo contestuale;

- c) ai lavori dello *Special Task Group 'Globalisation'* dell'APA che, stimolando confronti e ricerche internazionali, propongono, tra l'altro, anche ripensamenti a proposito del ruolo che in epoche di crisi globalizzate come quelle che stiamo vivendo dovrebbe essere riconosciuto al counseling psicologico<sup>1</sup>;
- d) ai lavori del Network NICE, che tramite il concorso di 44 Università Europee, tra le quali anche Padova, ha approfondito la questione della formazione nel career counseling<sup>2</sup>;
- e) al documento "Migliorare la qualità della formazione in psicologia", elaborato per incarico del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, della Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Psicologia, della Consulta dei Direttori di Dipartimento di Psicologia e dell'Associazione Italiana di Psicologia e che, a mio avviso, non ha ricevuto, all'interno dei corsi di studio in scienze psicologiche, l'attenzione che meritava.

<sup>1</sup> Un primo confronto internazionale, a cui, assieme a Laura Nota, anche io ho avuto il piacere di partecipare, si è tenuto ad Orlando, nel corso del Simposio 'Training, Accreditation, and Licensure in Psychology—A Comparison Among Four Countries', durante l'Annual Convention of the American Psychological Association, lo scorso agosto. A questo riguardo gli interessati possono visionare il sito web '<http://www.div17.org/groups/special-task-groups-stgs/past-stgs/globalization-of-counseling-psychology/>' o contattare direttamente la collega o me ([laura.nota@unipd.it](mailto:laura.nota@unipd.it); [salvatore.soresi@unipd.it](mailto:salvatore.soresi@unipd.it)).

<sup>2</sup> Gli interessati possono visionare il sito web '<http://www.nice-network.eu/newsdetails00.html>'. Vedasi anche il seguente volume che contiene i resoconti conclusivi dei diversi gruppi di ricerca che hanno dato vita nel triennio passato al progetto NICE: Schiersmann, C., Ertelt, B.-J., Katsarov, J., Mulvey, R., Reid, H. & Weber, P. (Eds.), *NICE handbook for the academic training of career guidance and counselling professionals*. Heidelberg, Germany: Heidelberg University.

## Programmare la formazione in psicologia in tempi di crisi e transizioni

I tempi di crisi e, si spera, di transizione che stiamo vivendo richiedono, a livelli diversi, innovazioni e cambiamenti anche radicali che per concretizzarsi necessitano però di visioni nuove e originali, libere da legacci particolaristici e dalle usuali modalità di rappresentarsi e progettare gli scenari futuri (Brown, DeLeon, Loftis, & Scherer, 2008).

Per quanto concerne il tema della formazione in psicologia si deve innanzitutto evitare di continuare a sostenere coloro che si sono sinora preoccupati soprattutto di gestire il presente, di rispondere in modo più o meno passivo agli inviti a “riformare” la ricerca e la didattica provenienti a più riprese, dal MIUR, dagli atenei o, più recentemente, dall’ANVUR. Se ci interessa effettivamente il futuro non possiamo più accontentarci di “navigare a vista”, di difendere con le unghie cariche accademiche, posizioni e spazi per sé e per i propri “simpatizzanti” (i “propri” settori disciplinari, associati, ricercatori, dottorati, dottorandi, ecc.)<sup>3</sup>. Per progettare un futuro diverso alla psicologia è ancora possibile continuare a ragionare pensando alle tradizionali discipline psicologiche, a “cosa ne sarà della mia disciplina, del mio insegnamento, dei miei collaboratori?” Possiamo ancora ritenere che anche il futuro necessiterà delle “specializzazioni” e dei profili di competenze a cui siamo abituati e sui quali abbiamo basato le nostre offerte formative? <sup>4</sup>.

A mio avviso, invece di ragionare in termini di “cosa va mantenuto” o debba “essere consentito” a questo o a quel Dipartimento, a questo o a quel Corso di Laurea, dovremmo domandarci cosa il futuro potrà ancora chiedere alle università in materia di formazione psicologica. Per farlo dovremmo forse studiare ed immaginare un po’ il futuro (quale sarà, ad esempio, la domanda e l’offerta di psicologia tra 10 o 15 anni?), considerando se e in che modo è opportuno e legittimo promuovere ancora le nostre offerte formative e sostenere i processi decisionali di coloro che sembrano autenticamente attratti delle nostre discipline. Lo scopo dell’orientamento e della progettazione professionale anche a livello universitario, d’altra parte, se non si riducesse all’organiz-

zazione di passerelle esibizionistiche dei diversi corsi di laurea come purtroppo ancora troppo spesso avviene, sembrerebbe essere proprio quello di motivare allo studio e alla ricerca, di supportare analisi approfondite ed attente esplorazioni del mondo professionale, processi decisionali congruenti e vantaggiosi, instillando fiducia e speranza nei confronti del futuro (Soresi e Nota, 2009; Savickas, Nota, et al., 2009).

In sintonia con tutto ciò anche chi si interessa di formazione e di ricerca se ha effettivamente a cuore il futuro della psicologia e degli psicologi, dovrebbe, nonostante tutto, farsi portatore di entusiasmi, nutrire speranze ed avere il coraggio di avanzare ipotesi di cambiamento anche sostanziali e convogliare su di esse risorse ed energie. Troppo spesso, purtroppo, nelle adunanze dei nostri Consigli di Dipartimento e dei nostri corsi di laurea si respirano rassegnazioni e sentimenti di depressione ed impotenza che portano sovente a tacciare di utopismo o come superficialmente provocatorie le riflessioni e gli stimoli che propongono significativi cambiamenti di rotta.

Questo, d’altra parte, è proprio quanto Kazdin ha suggerito agli psicologici americani nel suo discorso di inserimento alla presidenza dell’APA quando li ha esplicitamente invitati a *pensare di più al benessere* e a come la psicologia potrebbe contribuire a ridimensionare i problemi che attualmente le persone vivono, collaborando con altre discipline (soprattutto non psicologiche), assumendo il ruolo di *‘hub discipline’* alla quale molte altre, dal loro pur diverso punto di vista, potrebbero guardare con interesse e attenzione. Sembra tornare in auge, come alcuni certamente ricorderanno, quel dibattito sulla rilevanza della psicologia che molti anni fa aveva animato da noi Minguzzi e che, purtroppo, è stato troppo presto accantonato e dimenticato. Sarà forse utopistico, ma invece di innalzare barricate tra questo e quel sapere scientifico (ma anche tra questo e quel settore disciplinare)... *quanto* potrebbe essere stimolante e produttivo, proprio in nome della “rilevanza” e discutendo di futuro e di nuove scelte formative, il confronto con colleghi provenienti da altri settori disciplinari, ma come noi interessati al benessere delle persone e alla fusione di saperi distinti che vengono però generosamente messi

<sup>3</sup> L’antropologo Marc Augé (2011) a proposito di futuro afferma che “Il presente ormai è diventato egemonico... Agli occhi dei comuni mortali esso non è più frutto della lenta maturazione del passato, non lascia più trasparire i lineamenti di possibili futuri, ma li impone come un fatto compiuto, schiacciante, (...) il presente fa sparire il passato e satura l’immaginazione del futuro (...) resta da fare il passo essenziale per diventare titolari del nostro avvenire».

<sup>4</sup> Quelli che una trentina di anni fa, nelle prime offerte di formazione in psicologia (a Roma e a Padova), venivano presentati come esami opzionali all’interno di un ricco e variegato ventaglio di occasioni di approfondimento, sono diventati ben presto, nel migliore dei casi, esami fondamentali in questo o quel corso di laurea, e negli altri casi, addirittura dei veri e propri percorsi di laurea, Master e di Corsi di Perfezionamento, comportando una drastica riduzione delle offerte opzionali e numerose “frantumazioni e disaggregazioni psicologiche”.

a reciproca disposizione in un luogo (dipartimento?) condiviso ed inclusivo?<sup>5</sup>

Quanto proposto da Kazdin è stato ripreso, nel 2011, dal presidente successivo dell'APA Melba Vasquez, che ha invitato gli psicologi americani a darsi da fare per ridimensionare gli effetti di due emergenze che non tarderanno ad essere drammaticamente evidenti in diverse parti del mondo:

- a) la prima è quella dell'immigrazione che porrà problemi di sgretolamento sociale, di competizione, di salute mentale e di adattamento, di inserimento e di soddisfazione professionale, a molti cittadini, immigrati e non, e che solleverà la necessità di studiare gli effetti dell'acculturazione, di come influenzare le politiche sociali a vantaggio dell'integrazione, degli individui, delle famiglie e delle comunità;
- b) la seconda si riferisce alla necessità di prevenire ogni forma di discriminazione e di ricercare come promuovere la diversità, la partecipazione attiva, favorendo le pari opportunità, combattendo gli stereotipi e i pregiudizi, riducendo le disparità educative a carico, soprattutto, dei poveri e delle minoranze.

Nel pensare a come programmare la formazione in psicologia ... è ingenuo, o utopistico porsi questioni come quelle riassunte da questi Presidenti dell'APA?

### Con i tempi che corrono ... quale sarà il futuro della psicologia?

Queste, in sintesi, le risposte che mi sono dato:

- 1) **"Il futuro non sarà più quello di una volta"** come ci aveva invitato a pensare Paul Valéry (*"l'avenir est comme le reste: il n'est plus ce qu'il était"*) e questo per una serie di ragioni che alcuni sociologi, economisti e psicologi dell'orientamento e del career counseling hanno ben presenti:
  - a) perché il futuro è difficile da prevedere con tassi sufficientemente precisi e tali difficoltà potranno avere ricadute anche a proposito dei problemi psicologici delle persone e del tipo di aiuto di cui le stesse potranno necessitare;
  - b) perché le relazioni lineari che abbiamo utilizzato in passato per avanzare le nostre previsioni nei sistemi lavorativi e formativi e nelle loro possibili relazioni non ci aiutano più ad anticipare il futuro e si sono già dimostrate superficiali e inesatte;
  - c) perché anche il futuro della psicologia si avvarrà

massicciamente degli avanzamenti tecnologici e comunicativi che potranno influenzare le pratiche psicologiche e i contesti formativi nel corso dei prossimi 10 anni facendone di fatto diminuire i costi pur incrementando il numero dei loro possibili utilizzatori e fruitori (De Leon e Kazdin, 2010).

- 2) **Anche il lavoro non sarà più lo stesso:** già all'inizio di questo l'*US Bureau of Labor Statistics* aveva osservato che i cittadini americani di 36 anni, da quando ne avevano 16, avevano già cambiato, in media, 9,6 posti di lavoro, e che l'idea di svolgere una professione per tutta la vita, e quella del posto fisso, stavano diventando praticamente delle illusioni. Questo sembra valere pure per l'Europa e anche per le professioni che ci interessano più da vicino. Si può anticipare facilmente solo che il mercato futuro non necessiterà certamente di tantissimi e tradizionalissimi psicologi e che, con grande probabilità, anche i futuri psicologi si troveranno a dover cambiare spesso lavoro passando da un ambito occupazionale ad altri richiedenti conoscenze e competenze anche diverse da quelle di tipo strettamente psicologico, oggetto, magari della propria tesi di laurea (Rubery, 2011).
- 3) **Il lavoro futuro degli psicologi sarà molto impegnativo** anche da un punto di vista cognitivo, emotivo e relazionale: saranno chiamati ad impegnarsi contemporaneamente e nel corso della stessa giornata, su più fronti, in parallelo come dicono i cognitivisti; dovranno essere in grado di condividere più progetti e manifestare, di volta in volta, sensibilità, abilità e competenze diverse per risultare appropriati ai diversi ruoli che dovranno ricoprire; dovranno comprendere ed utilizzare linguaggi diversi ed essere in grado di collaborare in contesti multiculturali richiedenti sovente approcci multidisciplinari (Bagnara, 2007).
- 4) **I posti e gli orari di lavoro cambieranno radicalmente:** gli psicologi che potranno aspirare a posti fissi, ad assunzioni a tempi indeterminati in servizi ed agenzie pubbliche rappresenteranno sempre più delle eccezioni; lavoreranno di più per strada, in treno, a casa; sempre meno in studi chiusi, in contesti di rapporto face to face e sempre più a distanza e in favore di piccoli e grandi gruppi. Ma a chi saranno riservati i futuri nuovi lavori di interesse psicologico? E quante persone potranno dedicarsi ad essi dal momento che richiederanno elevata formazione e competenze decisamente complesse e so-

<sup>5</sup> Il focus della ricerca futura, da questo punto di vista, dovrebbe, secondo Kazdin, riguardare massicciamente la prevenzione e l'erogazione di trattamenti a basso costo di cui dovrebbero beneficiare porzioni sempre più estese della popolazione e, in primo luogo, le fasce maggiormente a rischio di emarginazione, di disoccupazione e sottoccupazione o di livelli insoddisfacenti di qualità di vita.

fisticate come, ad esempio, quelle necessarie a lavorare nella ricerca, nell'alta istruzione, nella finanza, nel management, nell'informatica, nell'ingegneria, nell'architettura, nell'arte, nel design, nell'intrattenimento e nella comunicazione? (Savickas, Nota, Rosier, et al., 2009).

### Spunti di riflessione per ipotizzare cambiamenti in materia di formazione psicologica

Oggi più che mai, soprattutto in professioni come le nostre, è necessario pensare alla formazione e dell'aggiornamento continuo, al convincimento che sono sempre più richieste ed apprezzate le iniziative personali e l'adattabilità professionale, ovvero quell'insieme complesso di atteggiamenti ed abilità che riguardano l'ottimismo, la propensione a pensare e a pianificare il futuro professionale, la tendenza ad adattarsi alle situazioni e alle richieste impreviste, la curiosità e l'esplorazione professionale unite ad un senso di efficacia nei confronti delle proprie capacità e possibilità (Savickas, 2005). Le nostre Università, i nostri Corsi di Laurea intendono occuparsi di ciò? I nostri ricercatori sono disponibili a confrontarsi con le richieste che possono provenire dal mondo del lavoro? E' possibile programmare il ridimensionamento del gap esistente tra ricerca ed applicazione?

Anche a coloro che si occuperanno di psicoterapia, counseling, educazione e lavoro, sono e saranno sempre più richieste dosi massicce di flessibilità, capacità di rispondere a bisogni e problemi diversi, di occuparsi di clienti/utenti diversi, di collaborare con altri professionisti, di seguire contemporaneamente progetti e programmi diversi e di lavorare in parallelo.

In futuro avranno spazi e possibilità lavorative soprattutto quegli psicologi che:

- sapranno allearsi ed interagire con altri professionisti, come, ad esempio, quelli interessati allo sviluppo del cosiddetto lavoro decente (decent work, meaningful work), con coloro che si occupano di sviluppo sostenibile, di una società decente, di *economia decente*, ... con coloro che hanno a cuore la dignità delle persone, le relazioni umane, la reciprocità, la partecipazione, ecc.;
- considereranno prioritario agire in aiuto delle persone a rischio di esclusione dalla formazione e dal

lavoro (disoccupati, sottoccupati precari, disabili, stranieri, ecc.) affinché vengano garantite effettive possibilità di inclusione e partecipazione;

- sapranno presentarsi come professionisti del cambiamento, del benessere e della qualità della vita, *della prevenzione primaria* proponendo interventi di comprovata efficacia (la valutazione dell'efficacia sarà sempre più centrale!) e a basso costo (Rivera-Mosquera et al., 2007);
- sapranno proporre letture ed analisi di tipo ambientalista e contestualista, attribuendo molta importanza agli ambienti di vita e di provenienza delle persone, ai loro valori e ai loro paradigmi culturali di riferimento (Hage et al., 2007; Reese, 2007; Reese, Vera e Caldwell, 2006).

Nel pensare alla formazione futura non potremo più pensare a conoscenze e competenze immediatamente spendibili nell'ambito lavorativo utilizzando unicamente le indicazioni che potrebbero discendere da job analysis sulle professionalità che sino ad oggi hanno avuto qualche possibilità di inserimento lavorativo. Per la stessa ragione potrebbe altresì essere fuorviante pensare a tanti "percorsi magistrali" quante potranno essere le tematiche che gli psicologi del futuro saranno chiamati ad affrontare, così come riproporre progetti formativi spendibili o sul versante dello sviluppo e dell'educazione o su quello della riabilitazione, del lavoro o dell'intervento clinico<sup>6</sup>.

Stando alle indicazioni dell'U.S. Bureau of Labor Statistics che ha pubblicato il *Top 10 Psychology Career Trends* si ricava che la maggior parte di coloro che professionalmente si trovano impegnati ad applicare gli studi psicologici, si occupano di counseling e lo fanno come liberi professionisti e che è pertanto fuorviante pensare alle nostre tradizionali "specializzazioni" e agli ambiti in cui queste si esprimono.

Il futuro richiederà agli psicologici soprattutto flessibilità e capacità di adattamento, creatività, autodeterminazione, ecc.. Per formarli adeguatamente mi sentirei di sostenere l'ipotesi di:

- a) **un progetto di formazione di base di alta qualità** triennale uguale per tutti;
- b) un biennio magistrale, anch'esso uguale per tutti che offra una serie di approfondimenti, da scegliersi fra **un'ampia base di tipo multidisciplinare**;
- c) organizzare, a livello dipartimentale, **un servizio fi-**

<sup>6</sup> In alternativa potremmo anche noi ricorrere come suggeriscono Schroeder, Minocha e Schnidert (2010) alla SWOT analysis, che potrebbe facilitare l'assunzione di decisioni e la pianificazione di cambiamenti strategici, come suggerito, ad esempio, a proposito del counseling psicologico da Savickas (2003) negli USA e da Duarte, Paixão, e Lima (2007) e Bernaud, Cohen-Scali, e Guichard in Europa (2007). Invece di parlare di lauree magistrali è forse opportuno iniziare a riflettere in termini di **"bilancio delle conoscenze e competenze"** acquisite introducendo magari una sorta di **"Portfolio delle conoscenze e delle competenze"** che, accompagnando la carriera universitaria di ogni studente, faciliterebbe la stesura di progetti individuali, la creazione di "identità professionali" e consentirebbe l'analisi delle abilità di volta in volta acquisite in sede di formazione.



nalizzato a favorire la **progettazione professionale** e la costruzioni di personali “profili professionali” in sintonia con i propri interessi e con le proprie diverse aspirazioni e previsioni di sviluppo<sup>7</sup>;

d) numerose occasioni formative ad hoc e post lauream (dottorati, Master, Corsi di perfezionamento e Corsi di aggiornamento professionale) utili al perseguimento di specializzazioni specifiche anche eventualmente utilizzabili per il poter svolgere con competenza una specifica e temporanea attività lavorativa.

La formazione generale e di base a cui faccio qui riferimento dovrebbe abilitare allo svolgimento di attività di counseling sulla falsariga di quanto prevede la divisione 17 dell’APA senza “differenziazioni triennali e magistrali”, senza ridursi a proporre, come è purtroppo recentemente accaduto a Padova, sterili competizioni e contrapposizioni tra dipartimenti psicologici diversi. Ciò che dovrebbe caratterizzare questa offerta è soprattutto **la proposta di una gamma estremamente ampia e variegata di insegnamenti opzionali di tipo psicologico e non** e questo in evidente controtendenza a quanto in questi ultimi anni è accaduto a proposito della riduzione dei crediti liberi scoraggiando l’attivazione di corsi “brevi”, degli “assaggi orientanti”, come amo definirli, di uno, due, tre o quattro crediti appartenenti, magari e ad esempio, anche a raggruppamenti disciplinari non psicologici, al mondo dell’economia, della sociologia, delle scienze della comunicazione, dell’antropologia, ecc..

Tutto questo richiederà anche una rivisitazione dei criteri di valutazione della didattica e una visione decisamente nuova dell’orientamento, dei requisiti di accesso e dei “numeri programmati” a cui siamo abituati... Qui mi limiterò a spendere solamente alcune parole a proposito dell’orientamento: se ci interesserà effettivamente aiutare gli studenti a costruire il proprio progetto professionale dovremo garantire la presenza, soprattutto a livello dipartimentale, di un servizio di supporto in grado di aiutare i giovani a progettare e a costruire i propri profili professionali. Questo servizio dovrà occuparsi soprattutto delle cosiddette barriere professionali e della presenza di pregiudizi e stereotipi professionali (Parker, 2007). Le pratiche di orientamento a cui sto pensando derivano direttamente dal modello del life design che considera particolarmente importante considerare, nella consulenza di orientamento, le concezioni e le rappresentazioni che gli studenti che si avvicinano all’università hanno a proposito del lavoro e dello studio psicologico, per quanto qui

ci interessa, della loro idea di successo, di autorealizzazione e di prestigio socio-professionale. Si tratta di un servizio che richiederà ovviamente costi, spazi, competenze specifiche, e tutta una serie di approfondimenti che, in questa sede, purtroppo non mi posso permettere. Desidero tuttavia portare a conoscenza che esiste al riguardo una proposta specifica messa a punto dal Larios dell’Università di Padova al quale gli interessati potranno eventualmente rivolgersi.

## Riferimenti Bibliografici

- Bagnara S. (2007) Il lavoro nella società della conoscenza. In L. Guaglianone e F. Malzani (a cura di) *Come cambia l'ambiente di lavoro: Regole, rischi, tecnologie*. Milano: Giuffrè.
- Bernaud, J.-L., Cohen-Scali, V. e Guichard, J. (2007). Counseling psychology in France: A paradoxical situation. *Applied Psychology: An International Review*, 56(1), 131-151.
- Brown, K. S., DeLeon, P. H., Loftis, C. W., & Scherer, M. J. (2008). Rehabilitation psychology: Realizing the true potential. *Rehabilitation Psychology*, 53, 111-121.
- De Leon, P.H., e Kazdin, A.E. (2010). Public Policy: Extending Psychology's Contributions to National Priorities. *Rehabilitation Psychology*, 55, 3, 311-319
- Duarte, M. E., Paixão, M. P. e Lima, R. M. (2007) Perspectives on counseling psychology: Portugal at a glance. *Applied Psychology: An International Review*, 56(1), 119-130.
- Hage, S. M., Romano, J. L., Conyne, R. K., Kenny, M., Matthews, C., Schwartz, J. P. e Waldo, M. (2007). Best practice guidelines on prevention practice, research, training, and social advocacy for psychologists. *The Counseling Psychologist*, 35, 493-566.
- Parker, D. (2007). *The self in moral space. Life narrative and the good*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Reese, L. (2007). Beyond rhetoric: The ABCs of effective prevention practice, science, and policy. *The Counseling Psychologist*, 35, 576-585.
- Reese, L., Vera, E. e Caldwell, L. (2006). The role and function of culture in violence prevention practice and science. In J. R. Lutzker (Ed.), *Preventing violence: Research and evidence-based intervention strategies* (pp. 259-278). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rivera-Mosquera, E., Dowd, E. T. e Mitchell-Blanks, M. (2007). Prevention activities in professional psychology: A reaction to the prevention guidelines. *The Counseling Psychologist*, 35, 586-593.
- Rubery, J. (2011). Reconstruction amid deconstruction: Or why we need more of the social in European social models. *Work, Employment and Society*, 25(4), 658-674.
- Savickas, M. L. (2003). Introduction to special issue. *Career Development Quarterly*, 52, 4-7.
- Savickas, M. L. (2005). The theory and practice of career construction. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Career development and counselling: Putting theory and research to work* (pp. 42-70). Hoboken, NJ: Wiley.
- Savickas, M. L., Nota, L., Rossier, J., Dauwalder, J. P., Duarte, M. E., Guichard, J., Soresi, S., Van Esbroeck, R., & van Vianen, A. E. M. (2009). Life designing: A paradigm for career construction in the 21st century. *Journal of Vocational Behavior*, 75, 239-250.
- Schroeder, A., Minocha, S. e Schnidert, C. (2010). The strengths, weaknesses, opportunities and threats of using social software in higher and further education teaching and learning. *Journal of Computer Assisted Learning*, 26, 159-174.
- Soresi, S. & Nota, L. (2009). La valutazione dell’efficacia e della produttività dei servizi universitari di orientamento. *Giornale Italiano di Psicologia dell’Orientamento*, 10, 3-16.

<sup>7</sup> A questo proposito gli interessati potrebbero considerare “Facoltà... d’orientamento. Un progetto del La.R.I.O.S. per un’attività mirata di orientamento alla scelta di una facoltà universitaria” (<http://newsletter-sio.giuntios.it/showArticolo.do?idArt=161>).





## Manifesto per la vivibilità

**G**li psicologi di comunità invitano la psicologia, i politici, le associazioni, i cittadini/e e gli esperti delle scienze sociali a intervenire nell'attuale stato di crisi mondiale. Profondamente consapevoli che la crisi finanziaria e sociale influenza le comunità e le loro strutture in molti Paesi e che il denaro serve il profitto e non ad aiutare lo sviluppo, ci interroghiamo su come la conoscenza della nostra disciplina possa essere uno strumento di cambiamento per superare l'ineguaglianza e costruire una società giusta, capace di rispondere ai bisogni. Nel nostro lavoro vediamo la difficoltà del singolo a conciliare istanze individuali di affermazione e riconoscimento con legami sociali di rispetto reciproco: vediamo come il modello sociale omologante proposto dai media pone la felicità nella acquisizione di "Mammona", beni materiali, del resto sempre più irraggiungibili. Malessere individuale, patologie relazionali, violenza e vissuti di impotenza e inadeguatezza dilagano. Un crescente numero di persone guarda al futuro con ansia e impotenza. Lo subisce passivamente come se non gli appartenesse. Un capitalismo globale e immateriale sta distruggendo le risorse individuali, le famiglie e le comunità minando il benessere, in particolare di chi è più povero e senza potere. Ciò limita anche le potenzialità dei diversi professionisti nel rafforzare le comunità e aiutare le famiglie e la gente in difficoltà. Necessità sviluppare occasioni per riflettere su come oggi si costruisce l'interazione tra singolo e società, individui e contesti, istanze individuali e relazionali.

*Necessità condividere strategie di azione e di intervento.*

*Noi, perciò auguriamo di intensificare il nostro lavoro per una società della cura e del bene comune:*

- *costruendo una condivisione di saperi e azioni capaci di far fronte alle sfide del futuro;*
- *lavorando a livello politico per costruire coalizioni con altre discipline, altri professionisti responsabili e nuovi movimenti sociali;*
- *per andare al di là di una concezione della psicologia quale disciplina volta alla mera conoscenza del disagio in chiave individuale e relazionale senza comprensione dei fenomeni globali che agiscono nella intersecazione di fattori individuali, intergenerazionali, organizzativi, politici, culturali e legislativi;*
- *per aprire un forum a livello globale e per sviluppare e condividere un "Manifesto per la vivibilità" degli individui/e, delle relazioni, delle città e dell'ambiente, da diffondere attraverso i media regionali e locali e aprire una ampia discussione su nuove possibili 'vision' del futuro nel più ampio numero di spazi relazionali gruppali e vitali.*

*Invitiamo pertanto noi tutti a essere presenti nel dibattito culturale consapevoli dei saperi della nostra disciplina; invitiamo psicologi e docenti in programmi di insegnamento e corsi di psicologia ad approfondire la discussione nella didattica; come individui e come comunità scientifica invitiamo a rafforzare movimenti di cambiamento della nostra società a livello regionale e globale con l'intento di rendere il mondo migliore di come lo abbiamo trovato.*

*La 4ª Conferenza internazionale di psicologia di comunità di Barcellona ha voluto affrontare il tema della psicologia in un mondo in crisi e il prossimo congresso europeo di psicologia di comunità che si terrà a Napoli il 7-9 Novembre 2013 sarà occasione per utilizzare le competenze e gli strumenti degli psicologi di comunità e dell'intera psicologia per rafforzare le comunità e lavorare al livello politico per superare sostenibilmente questa crisi. Vi invitiamo ad essere presenti con idee e azioni da condividere e promuovere insieme!*

Testo in progress proposto e approvato in occasione della Conferenza Internazionale di Psicologia di Comunità, Barcellona, Giugno 2012.

## Giustizia, eguaglianza e benessere oltre la crisi. Il congresso della Psicologia di comunità europea a Napoli - Novembre 2013

di **Caterina Arcidiacono**

*Professore Straordinario di Psicologia di Comunità.  
Università Federico II, Napoli - Presidente della Società europea di psicologia di comunità (ECPA)*

Nel dibattito culturale e politico sulle sfide e prospettive della società contemporanea, la voce della psicologia sembra essere assente o tutt'al più interpellata solo per descrivere le più recenti acquisizioni della fisiologia e topografia corporea delle emozioni e dei legami. Allo stesso tempo, economia, sociologia epidemiologia e filosofia sviluppano pensieri e azioni sulle forme della interazione uomo-ambiente e sui legami sociali includendo nel proprio bagaglio saperi che tradizionalmente erano ascritti al patrimonio delle conoscenze psicologiche, ma senza attribuire alla nostra disciplina alcun peso specifico. In realtà molti si richiamano alla trasversalità delle conoscenze incluse quelle psicologiche, ma allo psicologo viene riconosciuta prevalentemente, se non esclusivamente, la competenza clinica. Al di fuori dello studio di consultazione, c'è molta confusione. Competenze e conoscenze si declinano secondo i percorsi individuali dei diversi esperti e nel leggere e intervenire su i problemi sociali più che affermarsi la capacità degli psicologi emerge piuttosto la capacità

di esperti dalle molteplici formazioni a fare proprie competenze della psicologia sia all'interno del discorso del welfare sia dell'intervento politico e sociale. Edgar Morin, propone la trasversalità della conoscenza e in ambito psicologico lo stesso pensiero è portato avanti da Stark<sup>1</sup> e da Perkins rispettivamente nel congresso internazionale di psicologia di comunità di Puebla (2010) e Portorico (2008). Altri, fra cui Sapio e Zamperini<sup>2</sup> sono, piuttosto, consapevoli che, "sebbene la psicologia sociale ha contribuito alla comprensione ai processi individuali e gruppal che sottostanno gli stereotipi, il pregiudizio e il razzismo alla luce di fenomeni mondiali quali la globalizzazione delle merci e degli esseri umani, appare sempre più urgente oggi riconoscere e indagare come le strutture socioculturali possono operare modificazioni a livello psicologico. La psicologia sociale dell'ultimo secolo tra gli anni 20 e '30 al tempo della grande depressione negli Stati Uniti e dell'avvento del nazismo e fascismo totalitario pose attenzione a tre dimensioni fondanti – povertà, pregiudizio e pace – collocando lo studio dei problemi sociali nel contesto della economia".

<sup>1</sup> Vedi in ZANI (2012) *Psicologia di comunità*, pp.101-114, Roma: Carocci.

<sup>2</sup> SAPIO, ZAMPERINI (2007) "Peace psychology: theory and practice in WEBEL C.; GALTUNG J. (Eds.) *Handbook of Peace and Conflict Studies* pp. 265-278, London-New York: Routledge - Taylor & Francis.

Il bell'articolo di Prilleltensky<sup>3</sup> è il contributo più recente che la psicologia di comunità offre per continuare tale prospettiva dove individuale, contestuale ed economico-culturale interagiscono. Concetti di uguaglianza, democrazia ed equità si introducono così nella definizione di benessere: essi sono gli assi portanti d'un nuovo approccio alla vita relazionale degli individui e delle organizzazioni. La giustizia sociale è l'uguaglianza nelle opportunità costituiscono un principio guida nel rispondere alle esigenze degli individui. Pertanto la dimensione di accesso alle opportunità è divenuto un indicatore significativo della valutazione del benessere sociorelazionale e della valutazione delle relazioni, delle organizzazioni e degli spazi di vita. Il benessere individuale e relazione viene valutato in relazione alle condizioni ottimali di giustizia e di rispetto che la persona percepisce, nella consapevolezza che la persistenza di condizioni di ingiustizia portano alla sofferenza delle persone e delle relazioni.

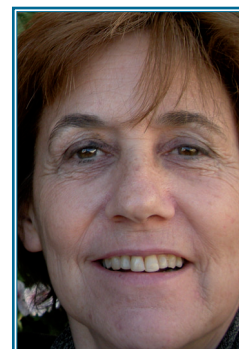
Il modello ecologico che attraversa ormai diverse discipline iscrive l'individuo in un più ampio universo relazionale, organizzativo, valoriale ed economico-ambientale. Rimane il compito di operationalizzare le forme di questa interazione senza ideologici rimandi a dimensioni esterne e allo stesso tempo definendo ambiti e spazi prioritari di intervento. La sfida è aperta!

<sup>3</sup> *American Journal of Community Psychology*, pp.1.22, Vol 49, 2012. Vedi anche, *Modello ecologico e migrazioni*, Rivista di Psicologia di Comunità, 1/2010, numero monografico a cura di Arcidiacono e Procenese.

*Oltre la crisi: visioni della psicologia per la giustizia, l'equità e il benessere*, è il titolo del 9 Congresso europeo di Psicologia di Comunità che si terrà a Napoli il 7-9 Novembre 2013 e che discuterà interventi e visioni per far fronte ai nuovi problemi umani e relazionali della società contemporanea.

L'approccio critico di psicologia di comunità alla mancanza di democrazia, scarsità di occupazione, degrado ambientale e consumismo capitalistico saranno i temi centrali. Attenzione particolare sarà sugli effetti della colonizzazione culturale della società globale e sui bisogni di convivialità responsabile. Lo scopo del congresso è sviluppare conoscenze trasversali, ma anche competenze specifiche della psicologia in relazione alla interpretazione e comprensione dei cambiamenti sociali. Simposi, sessioni creative e relazioni affronteranno i temi della ineguaglianza, del potere, del benessere, del senso di comunità e di vicinato; approcci di genere, etnografici, interculturali alla ricerca e all'intervento e alla decolonizzazione; lavoro di gruppo e network; empowerment partecipativo, violenza visibile e invisibile ([www.ecpa-online.eu](http://www.ecpa-online.eu)).

La crisi dell'economia ha esacerbato vecchie e nuove criticità del modello sociale delle organizzazioni sociali dell'Occidente e il compito della psicologia è offrire nuovi strumenti di lettura e specifici contributi alle strategie d'intervento.



## A che punto è il programma inglese *Improved Access to Psychological Therapies (IAPT)* per ansia e depressione?

di **Piero Porcelli**

U.O. di Psicologia Clinica, IRCCS Ospedale De Bellis

Nell'ambito del "Mese del Benessere Psicologico in Puglia", l'Ordine degli Psicologi pugliese ha organizzato a Bari il 12 ottobre 2012 un interessantissimo congresso (dal titolo "Psicoterapie efficaci: il benessere a portata di mano") a cui hanno partecipato studiosi internazionali per illustrare i dati delle ultime conoscenze scientifiche sulla ricerca in psicoterapia (Vittorio Lingiardi, Università Sapienza di Roma), sull'efficacia della psicoterapia negli studi di meta-analisi (Pim Cuijpers, Vrije Universiteit di Amsterdam) e sull'applicazione della psicoterapia in medicina di base (Luigi Solano, Università Sapienza di Roma). E' intervenuto anche David Veale del Maudsley Hospital di Londra il quale, insieme a David Clark, coordina l'organizzazione del programma inglese *Improved Access to Psychological Therapies (IAPT)*. E' stata quindi data la possibilità ai colleghi italiani presenti al congresso di avere informazioni dirette e di prima mano su quali siano i primi risultati del programma inglese.

### L'esperimento inglese di psicoterapia per la depressione

La depressione è un problema di carattere sociale nel mondo occidentale a causa delle cifre spaventose di prevalenza e comorbidità. Secondo le stime dell'OMS, sono depresse circa 330 milioni di persone al mondo. In Italia si stima che attorno ai 5 milioni di persone siano affette da depressione, 15% di tutte le donne, l'8% di tutti i maschi e l'8-10% degli adolescenti di età 14-24 anni. Circa la metà dei pazienti affetti da varie malattie fisiche (cancro, ictus, Parkinson, diabete e soprattutto malattie cardiovascolari) soffrono di depressione. L'OMS, nella Giornata Mondiale della Salute del 10 ottobre 2012, ha stimato che la depressione sarà la seconda causa di morte e di disabilità nel 2020 e la prima causa di morte e disabilità nel 2030. Si tratta quindi di un problema planetario a cui sono chiamati a far fronte i singoli governi nazionali. Di questa drammatica situazione che sta allertando il mondo intero, al pari di una incombente epidemia, in Italia non si avverte traccia nei dibattiti politici e nei documenti programmatici istituzionali. La cosa non dovrebbe meravigliare più di tanto se si considera che i tagli della sanità pubblica dal 2009 ad oggi sono stimati nell'ordine di oltre 30 miliardi di euro.

Cosa sta avvenendo invece in altri paesi in cui si con-

serva la capacità politica di guardare in prospettiva? Su *La Professione di Psicologo* di qualche anno fa abbiamo illustrato il progetto del governo e del sistema sanitario inglese per il trattamento della depressione con la psicoterapia (Porcelli, 2009). Questo progetto (inizialmente definito come *No Health Without Mental Health*) era stato programmato e implementato grazie all'analisi economica ed alla capacità di persuasione politica di Lord Richard Layard, uno dei direttori della prestigiosissima *London School of Economics* (LSE) (London School of Economics and Political Science, 2006). Le analisi economiche della LSE avevano convinto il governo a stanziare 221 milioni di euro entro il 2010 per impegnare migliaia di psicoterapeuti nel trattamento della depressione a livello dell'assistenza di base. Una vera rivoluzione sanitaria ed epocale voluta da un economista, quindi, perché Lord Layard ha dimostrato, conti alla mano, che trattare la depressione con la psicoterapia conviene non solo ai pazienti ma anche alle finanze pubbliche. Nel 2008 è quindi iniziato il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) ([www.iapt.nhs.uk](http://www.iapt.nhs.uk)) con uno stanziamento di 372 milioni di euro per il triennio 2008-2011 e di 500 milioni di euro nei successivi 4 anni (2011-2015). Lo scopo è offrire trattamenti psicoterapeutici efficaci per circa il 15% delle persone con disturbi di tipo depressivo e ansioso al 2014. L'importanza del programma IAPT è tale che *Nature*, rivista scientifica di altissimo livello ma tradizionalmente molto poco sensibile ai problemi psicologici, gli ha dedicato una pagina il 27 settembre 2012 (vol.489, pp.473-4), dopo che sono corse voci di pressioni sull'attuale governo laburista per ridurre i finanziamenti.

### Razionale del programma IAPT

L'intento del programma IAPT è offrire ai pazienti un trattamento di prima linea – nel senso di raccomandato come “intervento di prima linea” basato su dati di evidenza scientifica dal *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) – per disturbi depressivi e dello spettro ansioso, in eventuale associazione con la terapia farmacologica se appropriata. Il cambiamento radicale di rotta è rappresentato da quest'ultimo punto: la terapia con antidepressivi è infatti spesso l'unico trattamento proposto, seppur in aperto contrasto con l'evidenza scientifica, come dimostrato anche da P.Cuijpers nella sua relazione di meta-analisi al congresso barese (si veda anche una sorta di sunto di tutti i dati disponibili in Cuijpers et al, 2011). Come già accennato, il programma IAPT nasce a

metà dello scorso decennio in base alla considerazione della natura *globale* della depressione, come evidenziato nel già citato *Depression Report* della LSE del 2006. Con “globale” intendo che, per i dati a nostra disposizione oggi, la depressione *non* è semplicemente una sindrome psicopatologica ma un problema che investe multilateralmente molteplici aspetti della vita umana in quanto a epidemiologia, ripercussioni sulla salute, fattore di rischio, associazione con malattie organiche importanti, coinvolgimento familiare e lavorativo, costi socio-sanitari e, non ultimo, costituisce un potentissimo fattore di peggioramento della qualità di vita individuale. I numeri di seguito riportati, desunti dai documenti ufficiali della LSE, parlano da soli.

La maggior parte dei servizi terapeutici pubblici in psichiatria è focalizzata sui disturbi psicotici che in realtà riguardano una prevalenza dell'1% nella popolazione (Kelleher et al, 2010). In realtà molte più persone soffrono di sindromi psicopatologiche non-psicotiche, ossia di disturbi dello spettro ansioso e depressivo, all'incirca il 15% della popolazione generale, con un costo sociale elevatissimo stimato nel Regno Unito attorno ai 21 miliardi di perdita economica globale annuale che si traduce in 11 miliardi di mancati introiti fiscali (diminuzione dei guadagni individuali e quindi di prelievo fiscale). In media, una persona con depressione ha il 50% di disabilità in più rispetto a una persona con patologie croniche come angina, artrite, asma o diabete. I disturbi ansiosi e depressivi spiegano il 23% del carico complessivo di malattia ma globalmente il sistema sanitario inglese (*National Health System*, NHS) investe solo il 13% per la psichiatria. I disturbi psicopatologici spiegano il 40% della comorbilità (intesa come presenza di altre malattie mediche) contro il 2% soltanto dovuta al diabete e, nel complesso, più di tutte le malattie fisiche messe insieme. Per esempio, per il diabete si calcola che la presenza di comorbilità depressione fa aumentare del 50-75% la spesa sanitaria per paziente. Ancora, i disturbi psicopatologici costituiscono circa la metà dei motivi di assenze dal lavoro nella popolazione produttiva sotto i 65 anni. Sull'aspettativa di vita i disturbi psicopatologici hanno lo stesso effetto del fumo ed un effetto maggiore di quello dell'obesità – due delle condizioni continuamente sotto i riflettori di media e opinione pubblica – a causa sia delle cattive abitudini di vita (fumo, scarse condizioni igieniche, obesità, sedentarietà, ecc) sia della stretta associazione con la produzione di citochine pro-infiammatorie e l'alterazione delle difese immunitarie (Blume et al, 2011). Ad esempio, considerando i pazienti con patologie cardiovascolari, al pari di gravità della malattia, i tassi di ospedalizzazione e mortalità sono 3 volte maggiori nei



pazienti con depressione rispetto a quelli non depressi. E la stessa stima si può fare per altre patologie come asma, diabete e bronchite cronica ostruttiva, facendo aumentare i costi sanitari di circa il 45%. Nella medicina generale la situazione è ancora più critica se si considera che fino al 75% dei pazienti che si rivolgono al medico di base hanno un sintomo di somatizzazione funzionale (dolore lombare, cefalea tensiva, sindrome dell'intestino irritabile, ecc) e che il 70-90% hanno disturbi depressivi ma si rivolgono dal medico solo per i sintomi fisici. Per il sistema sanitario inglese, nel biennio 2008/2009 i problemi psicologici sono stati causa di una visita ogni 5 dal medico di base e di una su 4 negli ambulatori di medicina specialistica, per una spesa di circa 4 miliardi di euro per anno.

Di fronte all'ampiezza del fenomeno, si stima che meno del 5% della popolazione con ansia e depressione riceve un trattamento psicoterapeutico adeguato (a fronte dell'ampio uso di antidepressivi, al quarto posto di vendita in Italia secondo il Rapporto AIFA 2011) mentre i pazienti stessi mostrano una netta preferenza (rapporto di 2:1) per la psicoterapia rispetto ai farmaci, sia per l'efficacia sul lungo periodo che per i pesanti effetti collaterali. Considerando un indice come il *number-needed-to-treat* (NnT), ossia il numero di persone trattate per raggiungere un successo terapeutico (più basso il NnT, più efficace la terapia), per ansia e depressione il NnT per la psicoterapia è meno di 3, quindi per più di un paziente su 3 la psicoterapia si dimostra efficace, in rapporto a placebo o trattamenti medici standard. Solo per fare un confronto, il NnT della metformina *versus* insulina nel diabete di tipo II è 14, dei beta-antagonisti+steroidi *versus* steroidi soltanto nell'asma è di 73 e delle statine *versus* placebo nei disturbi cardiovascolari è di 95 (Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2012). I calcoli economici di Lord Layard mostrano a riguardo risultati sorprendenti (Layard et al, 2007). Il costo di una psicoterapia per un paziente depresso è stimato attorno ai 1000 euro mentre per la società il guadagno è di circa 1400 euro sui costi diretti per riduzione delle spese sanitarie a cui vanno aggiunti circa 4000 euro di QALY (*Quality Adjusted Life Years*; unità di misura impiegata nelle analisi costi-benefici equivalente all'aspettativa di vita di un anno in condizioni di buona salute), ossia oltre 5800 euro complessivi, per un guadagno netto di circa 4800 euro per paziente. In questo senso, i promotori del programma IAPT ripetono come un mantra che *il trattamento di psicoterapia non costa nulla perché si paga da sé*.

## Descrizione del programma IAPT

La data ufficiale di inizio del programma IAPT è stata il 2 febbraio 2011 quando il governo inglese ha pubblicato il documento ufficiale "*No Health without Mental Health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*" che definisce la strategia per il miglioramento della salute mentale e del benessere della nazione. Il piano quadriennale (*Talking Therapies: a four-year plan of action*) indicava i finanziamenti per il progetto nella *spending review* governativa del 2010 per ampliare i servizi di psicoterapia sul territorio con un investimento di 400 milioni di sterline (circa 500 milioni di euro) fino ad aprile 2015. Il programma aveva in realtà ricevuto il suo esordio nell'ottobre 2007 quando il governo inglese aveva annunciato un incremento di 173 milioni di sterline (circa 214 milioni di euro) nel triennio 2008-2011 per l'individuazione dei PCT (*Primary Care Trust*, una sorta di consigli di direzione generale delle unità territoriali sanitarie locali) da coinvolgere nel programma IAPT, con uno stanziamento iniziale di 300 milioni di sterline (circa 370 milioni di euro) per il reclutamento e la formazione degli psicoterapeuti. In particolare, sono stati considerati gli interventi psicoterapeutici individuati dal NICE come efficaci in base alle evidenze scientifiche (*evidence-based psychological therapies*) per il trattamento dei comuni disturbi psicopatologici. Il *training* degli psicoterapeuti ha riguardato inizialmente la terapia cognitivo-comportamentale (*Cognitive-Behavioral Therapy*, CBT) perché indicata dal NICE come trattamento più efficace per i disturbi di ansia e depressione, e successivamente allargato anche alla *Interpersonal Therapy* (IPT) ed alla terapia psicodinamica breve (*Short-Term Psychodynamic Psychotherapy*, STPP) entrate nelle linee-guida NICE.

Il programma IAPT prevede che il paziente che rientri nei criteri di ingresso (diagnosi di disturbo depressivo o di un disturbo dello spettro ansioso) (*Step 1*) giunga all'osservazione del Servizio territoriale di riferimento mediante auto-invio o invio da parte del medico di base, dei servizi ambulatoriali di medicina generale o di centri di collocamento lavorativo (*job centres*). La decisione se il disturbo è da trattare o meno ed eventualmente quale trattamento è indicato in base ai criteri NICE viene effettuata insieme al paziente nel giro di circa due settimane dopo adeguato *assessment* con colloquio clinico e strumenti psicometrici per la valutazione del livello di severità (PHQ-9 per la depressione e GAD-7 per l'ansia). L'indicazione di trattamento ha due strade possibili: una psicoterapia definita ad *high intensity* (*Step 3*) e interventi definiti di *low intensity* (*Step 2*) (vedi Tabella).

**Tabella. Indicazioni NICE per il trattamento psicoterapeutico (linee-guida NICE) nell'implementazione del programma IAPT**

	Diagnosi	Tipologia di intervento terapeutico
<b>Step 3</b>		
<b>Interventi <i>high intensity</i></b>	Depressione (da moderata a severa)	CBT o IPT (con farmacoterapia)
	Depressione (da lieve a moderata per pazienti con risposta inadeguata a interventi di <i>Step 2</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBT o IPT</li> <li>• BA</li> <li>• STPP</li> <li>• Terapia di coppia comportamentale (se indicata, con il consenso del partner)</li> </ul>
	Disturbo di panico	CBT
	PTSD	CBT o EMDR
	Disturbo d'ansia generalizzata	CBT
	DOC	CBT
	Fobia sociale	CBT
<b>Step 2</b>		
<b>Interventi <i>low intensity</i></b>	Depressione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Guided self-help</i> basata sulla CBT</li> <li>• CBT computerizzata</li> <li>• BA</li> <li>• Attività Fisica Strutturata</li> </ul>
	Disturbo di panico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Guided self-help</i> basata sulla CBT</li> <li>• CBT computerizzata</li> </ul>
	PTSD	Nessuna raccomandazione NICE
	Disturbo d'ansia generalizzata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Guided self-help</i> basata sulla CBT</li> <li>• Gruppi di psico-educazione</li> <li>• CBT computerizzata</li> </ul>
	DOC	<i>Guided self-help</i> basata sulla CBT
	Fobia sociale	Nessuna raccomandazione NICE

**Legenda:**

CBT = Terapia Cognitivo-Comportamentale; IPT = Terapia Interpersonale; BA = *Behavioural Activation*; STPP = Terapia Psicodinamica Breve; EMDR = *Eye Movement Desensitization And Reprocessing*; PTSD = Disturbo da Stress Post-Traumatico; DOC = Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Come si vede dalla tabella, i trattamenti *high intensity* sono costituiti da CBT, IPT, BA (*Behavioral Activation*, una variante della CBT), psicoterapia di coppia comportamentale e terapia psicodinamica breve (oltre a EMDR per il PTSD) per depressione grave (in questo caso, con l'aggiunta di antidepressivi) e depressione meno grave e/o disturbi d'ansia che non hanno risposto ai trattamenti *low intensity*.

### Primi risultati del programma IAPT

I primi resoconti dei risultati sono stati pubblicati in un paio di lavori (Richards & Borglin, 2011; Clark, 2011) e in due reports scaricabili dal sito del programma IAPT (Gyani et al, 2011; IAPT, 2012).

Al 2011, circa 4000 nuovi psicoterapeuti hanno ricevuto il *training* necessario di un anno (sugli 8000 previ-

sti, di cui per 6000 era stimata la necessità di un *training*) ed è stato attivato il 98% dei centri territoriali. Su 900.000 pazienti previsti, sono stati visti nei servizi più di un milione di pazienti (63% donne) e 680.000 hanno completato il corso del trattamento; su 22.147 pazienti previsti, 34.438 sono rientrati al lavoro da periodi di malattia per ansia e depressione. A giugno 2012, sono attivi 240 Servizi IAPT nell'intero paese.

Guardando i dati più da vicino, si evidenziano alcuni importanti traguardi:

- il 76% degli invii è stato effettuato su base volontaria dei pazienti stessi (auto-invii), dimostrando l'elevatissimo bisogno sociale di psicoterapia per i più comuni disagi psicologici e la netta preferenza delle persone per la psicoterapia rispetto ai farmaci. Di contro, solo il 16% è stato inviato dal medico di base e il 5% dagli ambulatori specialistici;

- le diagnosi si sono divise grosso modo a metà: il 54% di disturbi depressivi e il 46% di disturbi ansiosi;

- il 28% dei pazienti ha ricevuto un trattamento esclusivamente *high intensity*, il 38% esclusivamente *low intensity* e il 17% entrambi;

- al 52% dei pazienti in trattamento *high intensity* sono stati prescritti anche farmaci (di cui il 75% erano costituiti da SSRI, l'8% da antidepressivi triciclici e il 2% da benzodiazepine), particolarmente i pazienti di età 40-59 anni, con disabilità fisica o disoccupati;

- il 44% dei pazienti ha ottenuto un successo pieno dall'intervento (*recovery* definito in base dei punteggi di *cutoff* di PHQ-9 e GAD-7), che sarebbero aumentati al 54% se i pazienti *non-responder* allo *Step 2* fossero passati tutti allo *Step 3*. Significativamente, i pazienti che si sono auto-inviati hanno raggiunto il punteggio-soglia di *recovery* in minor tempo rispetto agli altri;

- oltre il 70% dei pazienti ha ottenuto una riduzione clinicamente significativa dei punteggi alle scale di ansia e depressione all'ultima seduta rispetto all'ingresso e 45.000 sono tornati al lavoro dal periodo di malattia, di cui il 7% già dopo la prima seduta. In particolare, il 48% dei pazienti con livelli di depressione da moderata a severa (che ha avuto accesso direttamente quindi allo *Step 3* di intervento *high intensity*) e il 53% dei pazienti con livelli di ansia da moderata a severa ha ottenuto una riduzione del punteggio PHQ-9 o del GAD-7 del 50% o più;

- è stata registrata una proporzione diretta fra percentuale di *recovery* e numero di sedute: i centri in cui i pazienti hanno effettuato più sedute di psicoterapia hanno fatto registrare anche il maggior numero di tassi di *recovery*.

Sulla base dei risultati ottenuti, è stato preventivato l'impiego e la formazione di ulteriori 2000 psicoterapeu-

ti nei prossimi 3 anni, l'inizio di un programma IAPT per bambini (10% di disturbi psicopatologici diagnosticabili stimati in UK nella fascia di età 5-16 anni) e l'estensione dei Servizi IAPT alla popolazione con malattie mediche croniche, disturbi funzionali di somatizzazione (i cosiddetti *medically unexplained symptoms*) e patologie psichiatriche gravi.

Al marzo 2015, ci si aspetta che vengano visti dai Servizi IAPT oltre 3 milioni di persone e che 2,5 milioni completino un corso di trattamento con circa la metà che dovrebbe raggiungere un esito significativamente positivo di *recovery*. Al 2017 è inoltre atteso un guadagno netto per lo stato di circa 7,5 milioni di euro.

## Conclusioni

Il programma IAPT inglese mostra una lungimiranza politica impressionante: un cospicuo investimento economico a favore del sistema sanitario pubblico, una enorme opportunità lavorativa per gli psicologi clinici, la possibilità di partecipare ad un mega-progetto a favore della collettività e quindi di rendere visibile il valore etico-sociale della psicoterapia, il riconoscimento di dignità terapeutica alla psicoterapia nella prevenzione e nel trattamento dei più comuni disturbi psicopatologici, il valore economico della psicoterapia che non solo si ripaga ampiamente da sé dei costi di implementazione ma consente un elevato guadagno per la società (in termini di benessere) e per lo stato (in termini economici). Il bilancio complessivo dei primi 3 anni del programma è sicuramente positivo. Nelle parole degli organizzatori, "per i primi 3 anni il programma IAPT è andato benissimo per quanto riguarda il programma di formazione e i tassi di miglioramento clinico di oltre il 40%, dato senz'altro positivo in considerazione del numero di psicoterapeuti coinvolti. Fornire il trattamento psicoterapeutico a 900.000 persone all'anno per il 2014 richiederà circa 8000 terapeuti, dei quali circa 6000 avranno bisogno di essere formati ex novo nelle terapie raccomandate dalle linee guida NICE. Per gli psicoterapeuti con passata esperienza di lavoro clinico, la formazione di un anno è stata considerata sufficiente. Nei primi 3 anni, sono stati formati 3600 terapeuti, il che significa che ci sarà bisogno di formare 800 terapeuti l'anno per il 2012/2012 e per ogni anno successivo. Tuttavia, il numero di terapeuti formati nel 2011/2012 è stato di solo 525, con quasi nessun terapeuta formato nelle due maggiori aree sanitarie del paese" (Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2012, p.19).

Come si può facilmente notare, il programma IAPT mette sul tappeto moltissime questioni. Alcune di livello politico generale, come ad esempio il ruolo del welfare e del SSN promuovere concretamente la salute pubblica complessiva e la capacità della classe politica di pensare in prospettiva. Altre questioni sono di carattere economico, come ad esempio la possibilità di investire nel futuro cospicue somme del bilancio pubblico considerando che sul lungo periodo “la psicoterapia non costa nulla poiché si paga da sé”. Altre questioni sono di livello scientifico: ad esempio trattare ansia e depressione facendo massiccio ricorso ai farmaci comporta uno squilibrio fortissimo fra spesa sanitaria complessiva (tanto per il SSN quanto per i singoli cittadini) e reali risultati di efficacia sul lungo periodo. Sul rapporto tra efficacia di farmaci e psicoterapia per la depressione ci siamo occupati nel primo articolo sul programma IAPT (Porcelli, 2009). Qui vorrei segnalare la presa di posizione del collegio olandese dei medici di base che invita i propri aderenti a non considerare gli antidepressivi (SSRI e triciclici) come trattamento di prima linea per i sintomi depressivi ma solo per la depressione maggiore di livello grave (Sheldon, 2012).

Altre questioni sono di carattere professionale e inducono a qualche riflessione la categoria degli psicologi. E' la prima volta che in Europa, e forse in tutto il mondo, vi è una fiducia concreta nel valore incrementale della psicoterapia perché si dimostra che riesce ad ottenere un risultato per la salute pubblica, oltre che individuale, non raggiungibile con altri mezzi. Da circa 30 anni è stata istituita nei Paesi Bassi la figura dello “psicologo di base” (*primary care psychologist*) all'interno del SSN ed attualmente ci sono circa 6000 psicologi di base in quel paese (Dersken, 2009). Qualcosa si muove anche in Italia, a partire dall'esperimento pionieristico coordinato a Roma da Luigi Solano (che ne ha esposto i risultati al convegno di Bari) con gli allievi della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università Sapienza in ambulatorio presso alcuni medici di base, che ha consentito un risparmio di 75.000 euro in un anno (pari al 17%) soltanto di spesa farmaceutica, non essendo ancora disponibili i dati su ricoveri, visite mediche, esami strumentali, ecc. Da alcune notizie reperite sul web, risulta che

anche in altre regioni si stanno tentando esperimenti simili coordinati dagli Ordini degli Psicologi regionali in Toscana e Piemonte. La speranza è ovviamente che non si muova solo qualcosa in singole realtà regionali ma che la situazione si muova molto e in tutto il paese, a cominciare da una reazione nella coscienza professionale di ciascuno di noi.

### Riferimenti Bibliografici

- Blume J, Douglas SD, Evans DL (2011). Immune suppression and immune activation in depression. *Brain, Behavior and Immunity*, 25, 221-229.
- Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2012). *How mental illness loses out in the NHS*. London School of Economics and Political Science, November.
- Clark D (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23, 375-384.
- Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 354-364.
- Dersken J (2009). Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 493-501.
- Gyani A, Shafran R, Layard R, Clark DM (2011). Enhancing recovery rates in IAPT Services: Lessons from analysis of the Year One data. IAPT report [www.iapt.nmhdu.org.uk]
- IAPT (2012). IAPT three-year report. November 2012 [www.dh.gsi.gov.uk].
- Kelleher I, Jenner JA, Cannon M (2010). Psychotic symptoms in the general population – an evolutionary perspective. *British Journal of Psychiatry*, 197, 167-169.
- Layard R, Clark D, Knapp M, Mayraz G (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202, 1-9.
- London School of Economics and Political Science (2006). *The Depression Report. A new Deal for Depression and Anxiety Disorders* (www.lse.ac.uk).
- Porcelli P (2009). La Rivoluzione Inglese: un *new deal* per la depressione. *La Professione di Psicologo*, 9, 31-35.
- Richards DA, Borglin G (2011). Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: Two year prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 133, 51-60.
- Sheldon T (2012). Reserve antidepressants for cases of severe depression, Dutch doctors are told. *British Medical Journal*, 344, e4211 (doi: 10.1136/bmj.e4211).








## Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi

SERVIZI GRATUITI AGLI PSICOLOGI ITALIANI: [WWW.PSY.IT](http://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](http://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](http://www.psy.it)

**E-mail:** [ufficiostampa@psy.it](mailto:ufficiostampa@psy.it)

**Stampa:** Edigraf Editoriale Grafica

**Direttore responsabile:** Giuseppe Luigi Palma

**SIC - Sistema Integrato di Comunicazione**

**Responsabile Editoriale:** Raffaele Felaco.

**Redazione:** Paolo Fausto Barucci, Girolamo Baldassarre, 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 20 dicembre 2012

---

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 patrocini  
sono disponibili sul sito [www.psy.it](http://www.psy.it)**

**PEC**

La legge 28 gennaio 2009, n. 2 all'art. 7 prevede che, dal 30 novembre 2009, "i professionisti iscritti in albi ed elenchi con legge dello Stato comunichino ai rispettivi Ordini o Collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata". Inoltre l'art.16 comma 7 del Decreto Legge 29 novembre 2008, n. 185 impone agli Ordini e ai Collegi di pubblicare in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata.

Rivolgersi all'Ordine Territoriale per informazioni su come attivare la propria casella PEC gratuita.