

# Psicologi e Psicologia in Liguria

Poste Italiane S.p.A.  
Spedizione in abbonamento postale  
Tariffa a regime libero - 70%  
GENOVA



**Supplemento al Giornale degli Ordini degli Psicologi della Liguria**

N. 3 - ANNO X - DICEMBRE 2016

## *Carissime colleghe e carissimi colleghi,*

L'ultimo quadrimestre del 2016 è stato densissimo di iniziative volte a promuovere la professione verso la cittadinanza oltre che la formazione verso gli iscritti.

Come vedrete, prosegue la serie dei numeri monografici che hanno lo scopo di diventare supporti di rapida consultazione per chiunque lo desideri. Questo numero in particolare, è dedicato ai gruppi di lavoro dell'Ordine che portano avanti con impegno e competenza un fertile compito di approfondimento che diventa occasione formativa. I GdL infatti, rappresentano la forma più autentica di partecipazione attiva e di costruzione di sinergie a vantaggio della collettività.

Ringrazio pertanto i coordinatori e i membri dei GdL perché hanno contribuito non solo alla creazione di questo numero, ma anche alla buona riuscita di due importanti manifestazioni: la prima Giornata Nazionale della Psicologia e l'Open day inserito nel contesto degli eventi del Festival della Scienza.

La **Giornata Nazionale della Psicologia**, che è stata celebrata sul territorio nazionale il 10 ottobre, è stata promossa dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi per favorire una corretta informazione sulle tematiche della professione e approfondire i temi più sensibili, quali

la promozione della persona, delle relazioni umane, della convivenza, la lotta alle diverse forme di disagio e fragilità, il benessere dei singoli, delle organizzazioni e delle comunità. Il benessere al centro dell'attenzione e al centro degli interventi dello psicologo nelle varie aree della professione. Questo è stato il focus della manifestazione partecipata e gradita da molti colleghi presenti e aperta anche alla cittadinanza. All'insegna della promozione della psicologia si è svolto anche l'evento inserito nel Festival della Scienza, manifestazione ormai nota e popolare che ci ha accolto nelle sue fila. L'Ordine ha partecipato con soddisfazione e orgoglio aprendo la sede ai cittadini. La sala gremita è stata il segno più tangibile che il nostro impegno è un buon investimento nel fare cultura psicologica e nel divulgarla.

Abbiamo ritenuto importante organizzare un seminario con l'avvocato Ponari, che si occupa da molto tempo, di tutti gli aspetti deontologici e legali che attengono alla nostra attività; ci ha parlato di privacy, adempimenti ed obblighi, temi cruciali per la nostra pratica professionale per garantirne la correttezza e la tutela del cittadino e nostra da contenziosi.

Per condividere con i colleghi i dettami del nostro **Codice Deontologico** abbiamo stampato un formato tascabile



## **Notizie dal Consiglio: di cosa ci stiamo occupando**

- **Prosecuzione collaborazione** con Ufficio scolastico regionale
- Attuazione del progetto **Psicologo in farmacia** con Ordine dei farmacisti di Genova e Federfarma
- **Collaborazione con le Commissioni Patenti** della Regione Liguria per la realizzazione di un protocollo orientato alla valutazione neuropsicologica per il rinnovo patente degli over 80
- **Studio di un progetto** per sostegno psicologico a favore di minori ospiti di Comunità Educative Assistenziali
- **Assegnazione di 4 borse di studio** per la partecipazione al work shop sul corso sui bandi europei e la costruzione di reti professionali
- **Realizzazione Codice Deontologico** formato tascabile a disposizione degli iscritti
- **Inserimento delle slide dei convegni** organizzati dall'Ordine sul nostro sito, alla voce "Atti dei convegni". Ecco il link: <http://www.ordinepsicologi-liguria.it/la-formazione/atti-convegni.html>
- **Nuovo sito web:** ultime fasi della realizzazione



→ dalla prima

per averlo a portata di mano nella pratica quotidiana. Ricordo che la consigliera G. Callero, referente per la deontologia, è a disposizione degli iscritti per dubbi o consultazioni in materia.

Non si interrompe la nostra attività di tutela della professione sia contrastando l'esercizio abusivo, sia promuovendo una maggiore conoscenza della nostra professione in tutte le occasioni possibili.

Grazie al lavoro del nostro ufficio stampa, nelle persone di Marco Gaviglio, giornalista e Elisa Zanolli, video maker, abbiamo ottenuto l'attenzione dei giornali e delle televisioni regionali che ci hanno dedicato ampi spazi in occasione dei nostri eventi più significativi.

La segreteria invia regolarmente il monitoraggio sui bandi rivolti agli psicologi che si configurano come opportunità di misurarsi con nuove frontiere del mercato del lavoro come ad esempio nel sociale e rappresenta una leva di crescita e di inserimento professionale nei diversi settori di interesse per lo psicologo (educazione, formazione, sicurezza, sport, orientamento, adolescenza, salute mentale, disabilità, devianza, età evolutiva, gerontologia, patologie specifiche, etc).

Per sollecitare gli iscritti a sviluppare la propria imprenditorialità continuiamo ad organizzare corsi focalizzati sull'acquisizione di competenze per partecipare ai bandi stessi.

Parallelamente continua l'investimento di risorse nell'organizzazione di corsi e di seminari gratuiti, anche via streaming, per realizzare momenti formativi, con personalità di fama internazionale come Anne Alvarez e Dora Knauer.

Troverete un report di questi eventi nelle prossime pagine e ampia documentazione sul nostro sito.

In questo numero presenteremo le **Raccomandazioni dello psicologo in farmacia**. Si tratta di un progetto che ha impegnato le nostre risorse per tanto tempo e che ha prodotto delle linee guida condivise con l'Ordine dei Farmacisti di Genova e con Federfarma.

La presentazione si inserisce nell'ambito dell'iniziativa "Lo psicologo in farmacia" già sperimentata con successo in molte città italiane tra le quali Milano, Roma, Torino, Bologna e Napoli e ora pronta ad approdare in via ufficiale, al di là dei singoli rapporti già intercorsi tra psicologi e farmacisti, anche a Genova.

Un altro focus di sicuro interesse è stato il convegno "Anziani alla guida" per sensibilizzare le autorità e la popolazione rispetto ad un problema socio-sanitario che riguarda da vicino una regione come la nostra, tra le più anziane d'Italia giungendo a proporre alla Regione una convenzione per l'accreditamento di professionisti qualificati nel rilascio dei referti richiesti dalla Commissione per il rinnovo della patente, in modo da ovviare alle carenze di organico nei servizi pubblici, accorciare i tempi di attesa e adottare uno standard di valutazione omogeneo per tutto il territorio.

Le forti scosse di terremoto che hanno distrutto il centro Italia in questi ultimi mesi, hanno colpito tutti noi che, proprio perché abituati a metterci nei panni degli altri partecipiamo e comprendiamo il dolore della perdita dei punti di riferimento fondamentali della propria vita.

Il nostro intervento, in questi casi, assume un'importanza strategica sui luoghi colpiti; alcuni colleghi, con generosità e spirito umanitario, si sono proposti per fornire un aiuto professionale che, ricordo, prevede un formazione specifica, esclude l'improvvisazione e va coordinato da associazioni accreditate con la Protezione Civile.

Il Consiglio esprime vicinanza e partecipazione ai colleghi psicologi e alla popolazione colpita.

Lascio alle parole dei colleghi la descrizione dettagliata degli argomenti di questo numero e **Auguro a tutti un sereno Natale e un proficuo anno nuovo!**

La Presidente  
**Lisa Cacia**





## In primo piano



# Sistema Tessera Sanitaria: accreditamento e invio dati

Entro il 31 gennaio 2017 sono tenuti all'invio dei dati sanitari dei propri pazienti al Sistema Tessera Sanitaria tutti i professionisti psicologi che a partire dall'anno 2016 hanno intestato fatture/ricevute sanitarie a **persone fisiche** (non ad ASL, Centri etc.) per **prestazioni cliniche/sanitarie**, quindi esenti da IVA. (Un elenco delle prestazioni cliniche è consultabile al paragrafo 8 del documento *Vademecum per neo Psicologi*, scaricabile dal sito dell'Ordine nell'area Neo Iscritti.)

- Per accedere al Sistema TS occorre registrarsi, entro il 31 ottobre 2016, sul sito [www.sistemats.it](http://www.sistemats.it) seguendo il seguente percorso nel menu di sinistra: Sistema TS informa/730-Spese Sanitarie/Registrazione-Accreditamento al Sistema TS.
- I dati inviati vengono utilizzati dall'Agenzia delle Entrate per essere inseriti nella dichiarazione dei redditi precompilata, tra gli oneri detraibili, che ogni anno la

stessa rende disponibile per ciascun contribuente.

- È previsto dalla normativa che ciascun soggetto possa esercitare l'opposizione per non rendere disponibili all'Agenzia delle Entrate i dati sulle proprie spese sanitarie, e quindi, per non farle inserire nella dichiarazione precompilata.
- Rimane impregiudicata la possibilità per ciascun soggetto di inserire autonomamente tra gli oneri detraibili della dichiarazione dei redditi tutte le spese sanitarie in proprio possesso, comprese quelle per le quali è stata esercitata opposizione.
- Tutti coloro che svolgono prestazioni sanitarie senza partita IVA con prestazioni occasionali, non sono tenuti ad inviare al Sistema Tessera Sanitaria i dati relativi alle prestazioni erogate in quanto è vincolante il possesso di un numero di partita IVA per concludere la fase di accreditamento.

## Modalità di esercizio del diritto di opposizione alla trasmissione dei dati tramite il sistema TS

### 1. Successivamente all'erogazione della prestazione

Il paziente può in ogni momento, successivamente all'erogazione della prestazione, e comunque entro il mese di febbraio di ogni anno per le spese sanitarie sostenute nell'anno precedente, esercitare la propria opposizione accedendo al portale del STS con la propria tessera sanitaria o tramite le credenziali fisconline rilasciate dall'Agenzia delle Entrate. Qui può consultare l'elenco delle spese sanitarie e selezionare quelle che non intende rendere disponibili per le finalità sopra menzionate.

### 2. Al momento dell'erogazione della prestazione

Il paziente può chiedere al professionista al momento dell'erogazione della prestazione sanitaria l'annotazione della propria opposizione sul documento fiscale rilasciato. Il professionista dovrà escludere i dati sanitari contenuti in tale ricevuta sanitaria/fattura da quelli da inviare telematicamente al STS ogni anno.

Rimane in ogni caso impregiudicata la possibilità per i soggetti interessati di esercitare l'opposizione secondo la prima modalità indicata qualora non abbiano chiesto al professionista l'annotazione.

### ATTENZIONE

\* Tutti i dati delle ricevute/fatture emesse fino al 13/11/2016 dovranno essere obbligatoriamente inviati telematicamente all'Agenzia delle Entrate senza possibilità di consultare il paziente-contribuente; quest'ultimo potrà esprimere il proprio diniego all'inserimento in dichiarazione delle spese mediche sostenute nel periodo 01.01.2016 – 13.11.016 accedendo dal 1° al 28 febbraio 2017 al sito [www.sistemats.it](http://www.sistemats.it) tramite PIN 730 precompilato o fisconline, comunicando l'opposizione per ciascuna spesa medica sostenuta. Per le spese sanitarie sostenute dal 2017 in poi il paziente-contribuente potrà accedere al Sistema Tessera Sanitaria tramite PIN 730 precompilato o fisconline.

\* Le fatture emesse dal 14/11 in avanti dovranno raccogliere il consenso/diniego del paziente con una formula del tipo:

Sulle ricevute sanitarie/fatture emesse dal 14/11/2016 - sia nel documento fiscale consegnato al paziente sia nella copia che rimane in possesso del professionista - dovrà essere riportata (anche tramite timbro) una specifica annotazione del tipo: "I dati del presente documento non sono trasmessi al Sistema Tessera Sanitaria ai fini della predisposizione del mod. 730/Unico precompilato per opposizione del cliente ex DM 31.7.2015 e art. 7, D. Lgs. N. 196/2003"

### INFORMATIVA PER I PAZIENTI

Al fine di rendere nota al proprio paziente la possibilità esercitare il diritto di opposizione di cui sopra, potrebbe essere predisposta un'informativa (che può essere anche affissa presso lo studio) secondo il seguente tenore: "OPPOSIZIONE ALLA TRASMISSIONE DEI DATI DELLE SPESE SANITARIE PER IL MOD. 730 / UNICO PRECOMPILATO DA PARTE DEL PAZIENTE."

Il Decreto del Mef del 1/9/2016 ha introdotto l'obbligo per gli PSICOLOGI di inviare al Sistema Tessera Sanitaria (STS) i dati delle spese sanitarie sostenute dai pazienti. Tali dati saranno trasmessi dal STS all'Agenzia delle Entrate per l'elaborazione del mod. 730/Unico precompilato.

Ai sensi di quanto stabilito dal DM 31/7/2015 e dalla normativa sulla privacy, il paziente può esercitare l'opposizione all'invio dei dati, prima dell'emissione della fattura, tramite esplicita richiesta verbale da annotare in fattura.

Qualora il paziente non si opponga, i dati sanitari confluiranno nel mod. 730/Unico precompilato e risulteranno accessibili anche ai soggetti ai quali il paziente è fiscalmente a carico".

**M. Irene Sassi**

Segreteria Ordine Psicologi Liguria



## Cosa succede intorno a noi

### La protezione assistita: la valorizzazione dell'assistenza psicologica nel sistema di protezione



Questo il titolo del Seminario tenutosi a Roma lo scorso 21 luglio presso il Ministero dell'Interno, con la partecipazione del Presidente Giardina, durante il quale si è discusso dell'importanza dell'intervento psicologico a favore di testimoni, collaboratori di giustizia e operatori coinvolti nei programmi di protezione. È prevista a tale scopo la definizione di linee guida, che saranno presto oggetto di un Protocollo d'intesa.

### 31° Congresso Internazionale di Psicologia. Yokohama, Giappone

Il Presidente Giardina e il Consigliere Segretario De Carlo hanno partecipato al 31° Congresso Internazionale di Psicologia, tenutosi a Yokohama dal 24 al 29 luglio 2016, con il titolo "Diversity in Harmony: Insights from Psychology".

Più di 8000 i colleghi partecipanti, provenienti da 87 Paesi e 47 gli interventi di psicologi italiani in relazione al tema del contributo che la psicologia contemporanea può offrire allo scopo di favorire qualsiasi tipo di integrazione, individuale e collettiva.

### Minori stranieri non accompagnati

Un nuovo incontro si è tenuto a Roma tra rappresentanti del Ministero dell'Interno e i Presidenti del Consiglio Nazionale degli Assistenti Sociali e del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, al fine di avviare una collabo-

razione per la definizione di percorsi di protezione in favore dei quasi 12.000 minori non accompagnati giunti nel nostro Paese solo dallo scorso mese di gennaio e di quelli già presenti da tempo nel territorio nazionale. I Presidenti dei due Ordini professionali prevedono ulteriori incontri a breve proprio per "mettere a punto una serie di interventi che ormai non sono più rinviabili".

### Sostegno agli utenti deboli coinvolti nel recente sisma

Il CNOP ha stanziato la somma di 50.000 euro per avviare azioni di supporto psicologico in favore di bambini, disabili e anziani coinvolti nel recente sisma che ha colpito l'Italia centrale.



Si tratta di interventi non più legati all'emergenza, bensì a carattere stabile e continuativo, "affinché le persone e le comunità possano ritrovare al loro interno risorse e motivazioni per ricostruire il loro progetto di vita. I professionisti verranno selezionati secondo le procedure pubbliche dell'ente che gestisce il post sisma con modalità che verranno condivise con il CNOP, sul cui sito internet verranno condivise.

### Nuovi LEA, decisione storica per la Psicologia italiana

La conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'intesa per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Decisione storica per la Psicologia italiana, in quanto dopo più di un trentennio di attività nel Servizio Sanitario non restava alcuna traccia di questo lavoro: i codici con-



## Cosa succede intorno a noi



nessi alle prestazioni psicologiche erano sotto le voci "psichiatria" e "neurologia". Ora la Psicologia italiana si vede riconoscere la propria autonomia scientifica e professionale e il suo lavoro sarà distinguibile e misurabile, consentendo così al Governo di pianificare anche nuove assunzioni.

### Il CNOP sostiene la campagna 2016-2017 "Ambienti di lavoro sani e sicuri a ogni età"

Il CNOP ha aderito alla campagna 2016-2017 "Ambienti di lavoro sani e sicuri a ogni età" dell'Agencia Europea



per la salute e la sicurezza del lavoro (EU-OSHA), i cui quattro obiettivi sono: promuovere il lavoro sostenibile e la salute per tutta la durata della vita lavorativa, prevenire problemi di salute dei lavoratori, offrire a datori di lavoro e lavoratori modalità di gestione della sicurezza e della salute sul lavoro, tenendo conto dell'invecchiamento dei lavoratori e infine incoraggiare lo scambio d'informazioni e buone prassi.

### 10 ottobre 2016: Giornata Nazionale della Psicologia

Il 10 ottobre si è celebrata per la prima volta la Giornata Nazionale della Psicologia, ideata e promossa dal CNOP in collaborazione con i diversi Ordini Regionali.

## Persone e relazioni



La scelta di questa giornata non è stata certo casuale: lo stesso giorno ricorre la *Giornata Nazionale della Salute Mentale*.

**Gabriele Schiaffino**





## Gruppi di lavoro

**Il comune obiettivo dei gruppi di lavoro è di costituire uno spazio di confronto e di scambio tra colleghi che operano nella stessa area professionale ed anche supportare alcune iniziative del Consiglio.**

Allo stato attuale sono attivi **19 gruppi di lavoro** che hanno raccolto l'adesione di 300 iscritti ed una partecipazione pari a circa il 60%.

Gli obiettivi di coinvolgimento degli iscritti al nostro Ordine e di approfondimento teorico e tecnico delle principali aree di interesse professionale sono ad oggi raggiunti pienamente, attraverso l'organizzazione di eventi formativi rivolti agli iscritti ma anche attraverso iniziative più recenti rivolte alla popolazione quali la giornata della psicologia del 15 ottobre, la presentazione delle "raccomandazioni dello psicologo in farmacia" del 24 ottobre e l'Open day del Festival della Scienza del 5 novembre.

Queste ultime iniziative, raccontate in report dedicati all'interno di questo numero del giornale, sono state pensate e realizzate nell'intento di far conoscere il più possibile alla popolazione le potenzialità della psicologia e degli psicologi con relazioni, poster, spot video e anche attraverso materiale informativo cartaceo, distribuito negli info point che abbiamo allestito nelle immediate vicinanze della nostra sede ordinistica.

Un'altro impegno da parte di coordinatori e componenti dei gruppi di lavoro, ai quali vanno i più sentiti ringraziamenti, è stato quello di proporre per questo numero un'articolo di approfondimento o di informazione sullo stato dell'arte a cura del gruppo di lavoro.

In questa sezione gli articoli proposti spaziano da temi relativi alla complessità rappresentata dall'area della Psicologia Clinica Psicosomatica alle conseguenze psicologiche dell'evento traumatico stradale con un'interessante intervista alla prof.ssa Anna Maria Giannini, Professore Ordinario presso la Facoltà di Medicina e Psicologia della "Sapienza", Università di Roma.

Il **GdL Psicologia Sociale** descrive il lavoro svolto fino ad oggi di approfondimento e confronto con altre realtà professionali per giungere ad una definizione di funzioni, ruolo e ambito di intervento dello psicologo che opera nei Servizi Sociali.

Il **GdL Psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia** si è concentrato sull'elaborazione, somministrazione e valutazione dei risultati di un questionario relativo alla percezione e l'attribuzione cognitiva ed esperienziale di



alcune parole di uso comune inerenti l'emergenza, somministrato ad un campione di 120 soggetti, di cui ne sta elaborando i dati.

Il **GdL Psicologia dello sport** dopo la ricerca-intervento per le scuole calcio "Osservare a tutto Campo" ci informa del nuovo progetto che vede gli psicologi del gruppo impegnati nell'organizzazione di un originale torneo di tennis nel quale la Psicologia dello Sport viene applicata al tennis. Dalla psicologia applicata allo sport si passa alle riflessioni relative al **GdL ascolto teatrale** dove attraverso il training attoriale il gruppo di lavoro sperimenta la possibilità di passare dal "soliloquio obbligato del disordine all'ordine del dialogo".

Il **GdL ospedaliera** propone un importante articolo su alcuni aspetti psicologici che possono essere coinvolti nell'esperienza dolorosa del paziente adulto e del bambino, indicando alcuni strumenti di valutazione del sintomo algico attraverso l'ascolto dell'esperienza del paziente tramite colloquio e la misurazione con l'uso di scale e questionari.

Il **GdL di Etnopsicologia** descrive il progetto che li ha convinti ad organizzare un ciclo di incontri dall'evocativo titolo "dialoghi di confine" rivolto a differenti professionalità che operano con persone migranti in un'ottica laboratoriale in cui condividere le rispettive prassi.

Il **GdL Psicologia del lavoro** approfondisce il tema attualissimo del Tecnostress, analizzando le conseguenze negative sullo stato psicofisico e qualità della vita delle persone ed evidenziando il ruolo che lo psicologo del lavoro può svolgere nelle aziende del terzo millennio.

Chiude questa breve rassegna di contributi l'interessante articolo proposto dal **GdL Psicologia giuridica** tratto dalla rivista "Minorigiustizia" su un tema particolarmente complesso e delicato sulla valutazione delle capacità/incapacità genitoriali. Buona lettura!

**Mara Donatella Fiaschi**

Vicepresidente Ordine Psicologi Liguri e referente dei coordinatori dei GdL



## Gruppi di lavoro

# Alcune riflessioni in tema di *Psicosomatica*

Chi si occupa di Clinica ha presente il dilemma dei disturbi “psicosomatici”; gli sarà senz’altro capitato di avere a che fare con persone che tendono ad esprimere il proprio malessere attraverso sintomi fisici che a prima vista possono apparire scarsamente di natura psicogena, quanto piuttosto legati al corpo.

Ovviamente nel paziente “psicosomatico” qualunque approfondimento medico ha dato esito negativo, ma ciò non interrompe la “voce” del corpo che lamenta tutto il dolore e il disagio di una condizione di malessere, né è sufficiente per trovare una soluzione al disagio. La relazione con questi pazienti è difficile, mette spesso a dura prova la reazione controtrasferale del terapeuta che ha la sensazione di totale impotenza; prova noia di fronte a narrazioni che si ripetono e si assomigliano, così come i sintomi che paiono avvicinarsi attraverso una ripetitività non contenibile. Il problema è complesso: il filo che

apre la strada alla psicopatologia più grave è talvolta sottile. La terapia è lunga e apparentemente infruttuosa. Si sono fatte tante ipotesi su questi pazienti; a partire dai preziosi contributi della psicoanalisi più recentemente sono stati considerati i costrutti di Alessitimia, di deficit di mentalizzazione, di disregolazione affettiva e tanto si è scritto sulla qualità dei sintomi o sui possibili approcci di cura o sui tratti di personalità dello “psicosomatico”.

È ben noto ai clinici quanto questi pazienti pongano problemi in terapia, alla stregua talvolta di pazienti psichiatrici più gravi.

Il Gruppo di lavoro sulla psicosomatica, guidato da subito da forte spirito speculativo, nasce proprio da queste riflessioni, con la consapevolezza che il problema è ben più complesso di quanto si creda. Ci accorgiamo presto che, al di là delle teorizzazioni preziose, si pone l’esigenza di una maggiore chiarezza sia epistemologica che pratica. I contorni del problema sono nebulosi e non orientano

verso strategie terapeutiche.

Il dibattito fra mente e corpo è storia vecchia: dal Mito della Caverna di Platone sono passati quasi 2500 anni ma il problema della dicotomia fra psiche e soma non è ancora risolto.

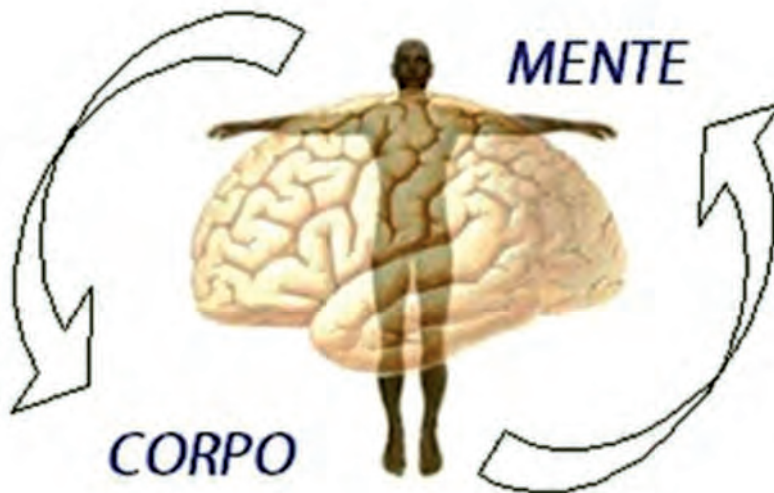
Di fronte al paziente che ha il mal di pancia continuiamo a chiederci se il problema è una disfunzione addominale organica o se il sintomo sia attribuibile allo stress che ricade sul suo fragile intestino tenue, bersagliato dagli eventi di vita. In altri termini ci domandiamo tuttora dove finisce il corpo e cominci la mente e viceversa. E il dibattito prosegue non risparmiando neppure i

pazienti che restano increduli di fronte alle nostre interpretazioni più audaci dei loro sintomi. Forse allora è arrivato il tempo in cui bisogna cambiare punto di vista e accettare l’idea che ciò che va sotto il nome di “psicosomatica” indichi un problema epistemologico legato proprio alla

difficoltosa conoscenza dell’intreccio fra corpo e mente comprensibile in teoria ma così difficile da considerare nella pratica clinica.

L’intervento di Franco Baldoni, invitato dal nostro Gdl nel 2012 va proprio in questa direzione e ci aiuta nell’obiettivo di fare chiarezza nella complessità, in un sistema in cui non si parla più di causalità lineare tra eventi ma di causalità complessa multifattoriale.

Di fatto la psicosomatica, termine coniato nel 1818 da J. Heinrot, è una scienza che si propone di studiare e aiutare l’uomo considerando i suoi aspetti psicologici, biologici e sociali. Essa rappresenta un contenitore nel quale afferiscono i contributi di altri paradigmi. In tal senso si può parlare di “metaparadigma” trasversale a tutti gli altri orientamenti sorti a partire da Freud in poi. Dalla psicoanalisi alla prospettiva psicofisiologica, da quella comportamentista a quella cognitivista o ancora dalla teoria dell’attaccamento alla prospettiva sistemica, dal contributo





## Gruppi di lavoro

### → Alcune riflessioni in tema di *Psicosomatica*

bio-psico-sociale a quello delle neuroscienze, ciascun filone fornisce un modello di studio che partecipa alla conoscenza del problema e che da solo non è sufficiente a comprendere la complessità oggetto di queste brevi riflessioni.

L'approccio psicosomatico accetta i contributi maturati da questi modelli diversi, senza per questo diventarne parte o confondersi con essi. Di fatto la sua grande novità è proprio la trasversalità e il riconoscimento che corpo e mente sono aspetti di un unico organismo complesso, che la scienza studia attraverso modi e approcci diversi a seconda che utilizzi tecniche di studio biologiche o psicologiche. Non esistono verità assolute, ma porzioni diverse di verità inseribili ed integrabili in una rete poliedrica e variegata che muta al variare del metodo di studio.

Ciascuna malattia, nessuna esclusa, è psicosomatica perché vede sempre il contributo di corpo e mente coinvolte in una relazione complessa e di difficile individuazione. Non ci aiuta parlare di cause psichiche contrapposte a cause organiche in quanto possiamo avere una rappresentazione psicologica o biologica secondo il punto di vista che adottiamo. In realtà le malattie non sono né solo psichiche né solo somatiche. Ciò, se da un lato è riduttivo perché implica la rinuncia dell'onnipotenza terapeutica anelata da sempre, dall'altro apre la via verso uno scenario eclettico e multiforme dove qualunque contributo teorico, orientamento epistemologico o esperienza interiorizzata può fornire potenziali strumenti di studio, comprensione e cura. Apparentemente ciò non ci facilita a inquadrare il paziente psicosomatico, perché complessifica ulteriormente il quadro, ma ci tranquillizza e ci predispone a riflettere sforzandoci di integrare la grande ricchezza di contributi differenti.

Ciò che deve essere invece ben chiaro, è che di fronte ai disturbi dei nostri pazienti, siamo al cospetto di manifestazioni che riguardano non solo il corpo o la mente, ma l'intera struttura complessa e incredibilmente sofisticata

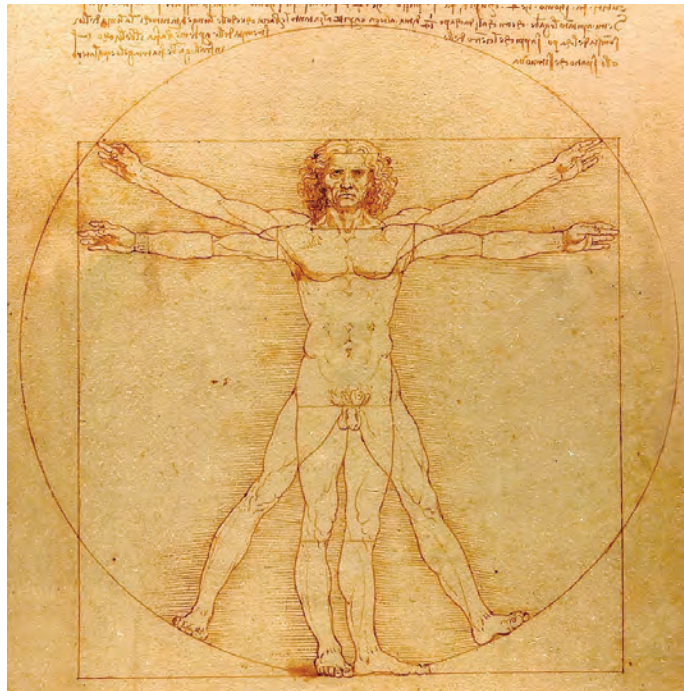
che è la persona nella sua interezza.

Di fronte a tale complessità non possiamo che lasciare un poco da parte teorie, modelli e tecniche, seppur utili, e metterci in ascolto della sofferenza di ciò che il paziente ci può e vuole narrare attraverso la via espressiva che in quel momento si può permettere, sia essa somatica che verbale. Se condividiamo l'affermazione che tutte le malattie possono essere considerate psicosomatiche possiamo dire che il terapeuta dovrebbe cercare di mantenere un equilibrio tra "l'ascolto" di aspetti corporei e psicologici nell'ottica di un vero approccio integrato.

L'attenzione sul piano clinico e non solo teorico degli aspetti bio-psico-sociali secondo il modello di Engel (1977), è ciò che ha permesso la presenza a livello nazionale di psicologi operanti all'interno di strutture ospedaliere o coinvolti in dirette esperienze di collaborazione con medici di medicina generale. Queste ultime collaborazioni, pur impiegando psicologi non ancora riconosciuti sul piano istituzionale, rappresentano un promettente scenario di approccio integrato alla malattia, approccio che, seppur riconosciuto e auspicato da molto tempo, non si concretizza facilmente in termini di risorse dedicate. Ciò accade per varie ragioni che qui non è possibile trattare per motivi di spazio, diventando quasi uno slogan.

Per superare la dicotomia mente e corpo si dovrebbe prevedere una valutazione del paziente a 360 gradi già all'inizio della richiesta di consultazione, come accade in alcune realtà pubbliche e private, permettendogli così di entrare facilmente in contatto sia con il medico che con lo psicologo, evitando invii da un medico all'altro, prescrizioni di analisi strumentali o farmacologiche che si rivelano spesso improprie e costose.

La bibliografia è consultabile sul sito dell'Ordine alla pagina "Giornale dell'Ordine" nel menù "Comunicazione" (<http://www.ordinepsicologi-liguria.it/la-comunicazione/giornale-dell-ordine.html>).







## Gruppi di lavoro

# Dalla Psicosomatica Psicoanalitica ad altri approcci della Psicosomatica contemporanea

dell'Ordine degli Psicologi della Liguria

La Psicosomatica, nella concezione più ampia e attuale volta al superamento del dualismo mente-corpo di ottica positivista, è oggetto di studio e di interesse della Psicologia, della Psicoanalisi e della Medicina. Le più recenti teorizzazioni affrontano l'argomento con diversi paradigmi e modelli che vale la pena approfondire e valutare.

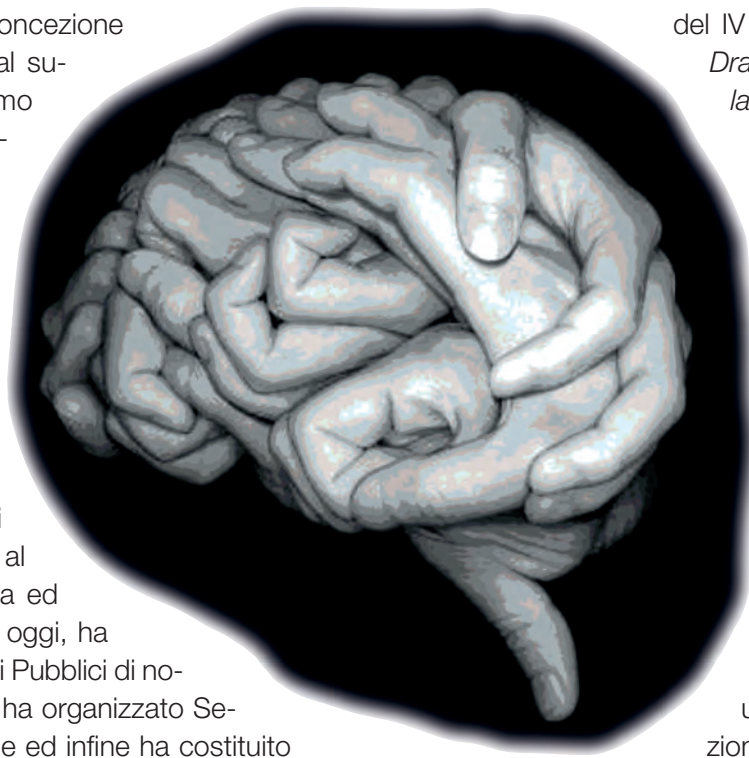
L'Ordine degli Psicologi della Liguria ha dedicato al tema attenzione ed energia ed in particolare, dal 2004 ad oggi, ha promosso Eventi ed Incontri Pubblici di notevole rilevanza scientifica, ha organizzato Seminari e Corsi di formazione ed infine ha costituito un **Gruppo di lavoro stabile di Psicosomatica**, tra i Gruppi di lavoro del Consiglio.

Nel tempo, è stato accumulato un patrimonio di rilevante spessore culturale che oggi può essere utile riprendere soprattutto con lo scopo di ampliare l'orizzonte informativo dei giovani psicologi liguri ed eventualmente indicare linee di sviluppo per la formazione.

Si ricordano qui di seguito le prime due tappe del percorso attuato.

Nel 2004, mentre ricoprivo la carica di Vice Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Liguria, entrai in contatto con l'Istituto di Psicosomatica Psicoanalitica Aberastury di Perugia che aveva chiesto all'Ordine la concessione del Patrocinio per un Evento Pubblico di rilievo internazionale che si sarebbe svolto a Genova.

Infatti, alla fine della parte seminariale svoltasi a Camogli dal 27 al 29 settembre, il 30 settembre 2004 si tenne a Genova, a Palazzo San Giorgio, la giornata conclusiva



del IV Incontro Internazionale *"Il Dramma nell'Anima e la Malattia nel Corpo"*. Durante la Giornata vennero presentati al pubblico genovese i risultati scientifici e gli avanzamenti della ricerca conseguiti seguendo il modello di Psicosomatica psicoanalitica del Prof. L. Chiozza.

L'incontro si concluse con la Lezione Magistrale: *"Il dramma nell'anima e la malattia nel corpo"*. In quella sede il Prof. Chiozza presentò

un'interessante introduzione alla sua teoria psicoanalitica relativa all'ammalare e al gua-

rire; il relatore, critico nei confronti della psicosomatica tradizionale, sostiene una teoria della patogenesi come espressione di una crisi esistenziale che viene rappresentata in modo peculiare attraverso il "linguaggio d'organo"; poiché tutte le malattie sono espressione di una crisi interiore. Egli estende in modo rigoroso l'interpretazione psicoanalitica allo studio della malattia somatica. Il suo metodo di cura e di ricerca è definito "Studio Patobiografico" ed è stato messo a punto ormai in quasi cinquant'anni di lavoro presso il Centro Weizsaecker de Consulta Médica di Buenos Aires e presso il Centro di Perugia.

Nel corso degli anni lo Studio Patobiografico, tecnica fondamentale del modello, è stato applicato a numerosissime malattie somatiche quali diabete, malattie del fegato, cancro, obesità, cardiopatie, ischemiche, ipertensione arteriosa ed altre ancora, mettendone in evidenza



## Gruppi di lavoro

### ➔ Dalla Psicosomatica Psicoanalitica ad altri approcci della Psicosomatica contemporanea

specifiche “fantasie d’organo”.

Lo “Studio Patobiografico” permette al paziente di ricostruire minuziosamente il percorso del proprio “dramma biografico”, fino a quel momento a lui inaccessibile e di coglierne i nodi traumatici. Dunque la persona malata, oltre che essere aiutata dalla assunzione dei ritrovati della medicina può al tempo stesso trarre beneficio da una ricerca approfondita su di sé secondo il metodo psicoanalitico.

L’evento riscosse interesse ed in seguito alcuni iscritti all’Ordine mi chiesero di organizzare con il Centro di Perugia un ciclo di formazione per approfondire i temi affrontati. Il Consiglio dell’Ordine fu concorde e così presi contatto con l’Istituto. Vennero programmati, organizzati ed attuati 5 incontri di studio dal titolo *“Prospettive per la Psicologia. Dalla Psicosomatica alla interpretazione Psicoanalitica della malattia organica”*.

I Seminari si tennero tra maggio ed ottobre 2005 a Genova, presso la Sede dell’Ordine. Furono condotti dai docenti nominati dall’Istituto di Perugia: Dott. Carlo Brutti - Psicoanalista, Dott.ssa Rita Parlani - Psicoanalista; Dott.ssa Liliana Zonta - Psicoanalista.

Furono seguiti da un gruppo costante di psicologi. Vennero trattati argomenti che affrontarono sia il contesto generale dei vari approcci alla psicosomatica sia i fondamenti epistemologici e teorico-clinici della psicoterapia psicoanalitica secondo lo sviluppo di Luis Chiozza.

Venne messa a fuoco la particolarità del modello anche se, volutamente, per serietà di approccio formativo, non furono trattati argomenti relativi alle tecniche e quindi non furono affrontati né lo studio Patobiografico né l’impostazione psicoanalitica.

Tuttavia la forma seminariale e la chiarezza di esposizione garantirono ai partecipanti un attivo coinvolgimento ed il raggiungimento di un buon livello di conoscenza dei contenuti teorici sviluppati.

È nell’estate del 2011 che si costituisce il **Gruppo di lavoro sulla Psicosomatica e Psicologia della Salute** su iniziativa della dott.ssa Mara Donatella Fiaschi. In continuità con le iniziative precedenti vengono organizzati seminari di approfondimento teorico ma anche approfonditi due progetti di psicologia della salute quali: *“Io psicologo con il medico di medicina generale”* e *“Io psicologo in farmacia”*.

Per la prima giornata di studio, nell’ottobre del 2012, è stato scelto come relatore il prof. Franco Baldoni, medico psicologo-psicoterapeuta, docente di Metodologia Clinica

presso l’Università di Bologna ed autore di numerosi scritti.

L’obiettivo perseguito ed ampiamente raggiunto è stato quello di offrire una panoramica della psicosomatica contemporanea, esponendo i principali modelli teorici arricchiti da dati di ricerca più recenti e su alcune problematiche terapeutiche. In merito ad esperienze di psicologia della salute è stato invitato, nel maggio del 2013, il prof. Luigi Solano, psicoanalista SPI e professore associato Università della Sapienza, che ha condiviso con gli psicologi ed alcuni medici di medicina generale e di altre specialità presenti al convegno la sua esperienza di collaborazione dello psicologo nello studio del Medico di Medicina Generale.

Gli approfondimenti teorici sono proseguiti nello stesso anno con due seminari in tema di: **“Ecobiopsicologia come psicosomatica della complessità”**, il 28 settembre 2013, a cura di docenti dell’Istituto Aneb di Milano ed un altro seminario in tema di: **“PNEI: evidenze scientifiche ed esperienze pratiche sulla comunicazione mente e corpo”**, il 9 novembre 2013, a cura della SIPNEI Liguria. Il modello ecobiopsicologico, nello spostare il campo di osservazione dall’individuo alla relazione che i suoi organi ed apparati intrattengono con le immagini psichiche corrispondenti, considera l’uomo e la sua fisiologia come un “sistema organizzato” costituito da reti di relazioni, aperto a un flusso informativo.

La PsicoNeuroEndocrinolImmunologia si può definire come un paradigma che studia i rapporti tra i sistemi nervoso, endocrino ed immunitario e dimostra che all’interno dell’organismo umano vi è una fitta rete di comunicazione bidirezionale e diffusa, non gerarchica tra i diversi organi ed apparati, che avviene grazie all’utilizzo di segnali chimici condivisi, in reciproca relazione con l’ambiente fisico e sociale.

Attualmente il Gruppo di lavoro si sta impegnando nell’organizzare una giornata di studio sulle psicoterapie a mediazione corporea.

**Mara Donatella Fiaschi**

**Sabrina Ravazza**

GdL Psicosomatica e  
Psicologia della Salute



## Gruppi di lavoro

# Progetto Ania Cares: le vittime e le famiglie al centro

**Intervista ad Anna Maria Giannini,  
Professore Ordinario presso la Facoltà di Medicina  
e Psicologia, "Sapienza" Università di Roma,  
Consigliere dell'Ordine degli Psicologi Lazio.**

Ogni anno 1.2 milioni di persone nel mondo muoiono in seguito ad incidenti stradali e milioni di utenti della strada riportano lesioni gravi ed a lungo termine (WHO, 2015). A livello globale, gli incidenti stradali sono stimati essere la nona causa di morte e la principale tra i giovani di età compresa fra i 15-29 anni (WHO, 2015). In Italia, nel 2015, si sono verificati 173.892 incidenti stradali con lesioni a persone, con la morte di 3.419 persone ed il ferimento di altre 246.050, di cui 16 mila feriti gravi (ISTAT, luglio 2016).

I primi dati ISTAT pubblicati registrano, pur in presenza di un trend decrescente negli ultimi 15 anni, un aumento del numero di vittime ed un costante aumento del rapporto tra feriti gravi e vittime, condizione che allontana il nostro Paese dall'obiettivo europeo per la sicurezza stradale per il 2020.

Il numero dei feriti gravi con esiti invalidanti costituisce un'emergenza sanitaria a livello mondiale. Gli orientamenti europei intendono definire obiettivi e strategie capaci di individuare misure in grado di migliorare l'efficienza degli interventi di primo soccorso e dell'assistenza post-incidente per ridurre l'impatto.

Il Progetto ANIA Cares nasce in linea con queste esigenze: realizzato dalla Fondazione ANIA per la sicurezza stradale, organizzazione no-profit rappresentativa delle imprese di assicurazione operanti nel ramo della responsabilità civile auto, con il coordinamento scientifico della Facoltà di Medicina e Psicologia, "Sapienza" Università di Roma, Responsabile scientifico Prof. Anna Maria Giannini, ed in collaborazione con la Polizia Stradale. *"Dopo aver subito un primo grave trauma fisico o psicologico – ricorda Anna*

*Maria Giannini – le vittime ed i familiari ne sopportano un secondo, che il più delle volte, non viene riconosciuto. Per questo, si è voluto compiere un atto di civiltà che potrebbe colmare questo gap di attenzione nei confronti dei macrolesi e dei parenti delle persone decedute".*



Il Progetto prevede l'intervento di supporto psicologico ai gravi traumatizzati di incidente stradale ed ai familiari delle vittime. Nell'ambito del Progetto è stata definita una procedura di intervento innovativa e basata su un modello di Pronto Soccorso Psicologico, specificamente dedicato alle vittime di questo tipo di trauma. Afferma la Prof. Giannini: *"Il Progetto, unico nel suo genere a livello internazionale, ha come principale obiettivo quello di sviluppare una rete di assistenza per fornire un aiuto qualificato per superare le spesso gravi conseguenze psicologiche dovute ai danni fisici permanenti o alla perdita di una persona cara"*.

Per realizzare questo ambizioso obiettivo, si è previsto il coinvolgimento di esperti di fama nazionale ed internazionale della Psicologia del trauma e del suo trattamento tra i quali il Dott. Roger Solomon, Direttore clinico del centro Post Critical Incident – PCI, ed il Prof. Richard Mollica, Direttore del Harvard Program of Refugee Trauma. È stato approntato un protocollo d'intervento, attraverso la sperimentazione su alcuni casi, redatto le linee guida per gli psicologi che lavoreranno con le vittime o/e i familiari, nonché le linee guida per Polizia Stradale e Compagnie assicurative. 80 Psicologi, già selezionati at-



## Gruppi di lavoro

### ➔ Progetto Ania Cares

traverso un bando e specificamente formati, opereranno nelle città pilota (Milano, Roma, Firenze e Campobasso). L'obiettivo è la realizzazione di Unità di Pronto intervento psicologico (inizialmente attive nelle città pilota e poi estendibili sul territorio nazionale) che, attraverso numero verde attivo 24h su 24, interverranno su chiamata delle strutture di emergenza degli Ospedali, della Polizia Stradale e locale, delle Assicurazioni o delle vittime stesse.

Kohn, 2008) e una maggiore percezione della propria responsabilità correla positivamente con la probabilità di sviluppare sintomi post-traumatici (Blanchard et al., 1996). *“Il senso di colpa e il vissuto di responsabilità reale o presunta, o il sentimento di rabbia intensa, sono aspetti che possono incidere sul percorso di recupero e sullo stile di fronteggiamento dell'evento traumatico con conseguenze sul piano dell'elaborazione del lutto e sullo*



Come sottolinea la Prof. Giannini, *“l'innovatività del progetto consiste non solo nel mettere in primo piano l'intervento psicologico alle vittime, ma anche creare sinergie tra le parti operative coinvolte nell'evento traumatico stradale”*.

Il Progetto è stato costruito a partire dai bisogni reali e profondi delle vittime lasciate sole con le emozioni, i sentimenti e il dolore per la perdita e l'esperienza vissuta. Quando parliamo di vittima si considera chi fa **esperienza diretta dell'evento traumatico**, chi ha **assistito direttamente all'evento**, o che viene a **conoscenza di un evento traumatico** accaduto ad un membro della famiglia (DSM 5; APA, 2013).

Occorre considerare che il trauma stradale (evento identificato con l'acronimo IPEV, ossia morti Improvise, Premature, Evitabili e Violente; Lori et al., 2013) è solitamente un evento causato da un'azione umana, riconducibile ad errori del conducente o trasgressioni delle norme stradali. Le reazioni allo stress sono in parte diverse a seconda che l'evento sia provocato dall'uomo, oppure sia un disastro tecnologico o un disastro naturale (Rodriguez,

*sviluppo di esiti psicopatologici”* – afferma la Prof. Giannini.

La complessità e la specificità dell'intervento, rendono però imprescindibile il ruolo della formazione professionale, affinché lo Psicologo specialista, in collaborazione con altre professionalità, possa offrire un valore aggiunto e un contributo riconosciuto.

*“La “Sapienza” ha attivato un Corso di Alta Formazione in Pronto Soccorso Psicologico (<http://www.uniroma1.it/didattica/corsiformazione/pronto-soccorso-psicologico-29134>) – spiega la Prof. Giannini – aperto a Psicologi interessati a sviluppare competenze per attuare interventi in contesti critici e di macro e micro-emergenze, allo scopo di creare professionalità psicologiche specifiche e specialistiche”*.

Articolo realizzato con la cortese collaborazione della Dott.ssa Francesca Baralla - Psicologa, Psicoterapeuta, PhD “Sapienza” Università di Roma

**Daniela Frisone**

Coordinatore GdL Psicologia del Traffico



## Gruppi di lavoro

# Il lavoro dello psicologo all'interno del servizio sociale

Il Gruppo di lavoro "Psicologia e Servizio Sociale" è composto da professionisti che lavorano da tempo all'interno dei Servizi Territoriali per diversi Enti Locali, maturando saperi che hanno ritenuto importante condividere, anche per poter migliorare il servizio rivolto alle persone che appartengono alle fasce deboli e fragili della popolazione. In un momento di così grande difficoltà a livello

economico e sociale è diventato essenziale avere come obiettivo la promozione della salute delle persone e non solo la loro cura, e questo implica una reale integrazione dei settori sociale e sanitario.

Il gruppo è nato sia per l'esigenza di confronto su un ambito di lavoro diffuso nella nostra regione, ma in cui sono poche le occasioni di scambio tra colleghi, sia perché si tratta di un settore lavorativo ancora potenzialmente in espansione, a differenza di quello strettamente sanitario che appare oggi essere purtroppo in contrazione.

La prima difficoltà incontrata è stata l'inquadramento, la definizione del ruolo e delle funzioni, pertanto il nostro Gruppo di lavoro ha ritenuto indispensabile partire raccogliendo ed analizzando la normativa che fa da cornice legislativa/giuridica e che definisce ruolo e funzioni della nostra figura professionale nell'ambito della erogazione del servizio pubblico locale.

Una ulteriore sollecitazione ci è arrivata dal Piano Socio-Sanitario Integrato Regionale 2013-2015 che pone come un obiettivo specifico del Piano *"Raccogliere le esperienze territoriali relative alle attività della figura professionale dello psicologo (nei Comuni, nelle ASL, nelle scuole, ecc) al fine di definire una proposta tecnica di ruolo dello psicologo operante in contesto sanitario e dello psicologo operante nel contesto sociale da sottoporre alla valutazione degli organi politici"*.

Un primo riferimento per definire l'azione professionale è certamente l'art.1 della legge n.56 del 1989 sull'ordinamento della professione di psicologo che esplicita che "la professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimenta-



zione, ricerca e didattica in tale ambito".

Un chiaro riferimento del ruolo e della collocazione dello Psicologo a livello istituzionale è contenuto nella L.R. 12/2006, che attiene alla "Promozione del Sistema Integrato di Servizi Sociali e Socio Sanitari". All'art. 7 vengono descritte le funzioni dell'Ambito Territoriale

Sociale stabilendo che "Lo Sportello di Cittadinanza provvede alla erogazione delle prestazioni sociali di base di informazione, consulenza, servizio sociale professionale, assistenza domiciliare, sostegno socio-educativo, aiuto personale e familiare, attraverso l'Unità Operativa Multiprofessionale in cui sono presenti competenze psicosociali, educative e amministrativo-contabili".

Emerge come lo psicologo nel servizio sociale promuova un approccio multidisciplinare relativo al disagio sociale e intervenga direttamente con gli strumenti della psicologia sociale e di comunità nel promuovere l'integrazione dei servizi alla persona e al nucleo familiare, con attività di sostegno psicologico individuale e di gruppo, volte a ottimizzare le risorse in percorsi attivi di assistenza.

Infine si è cercato di comprendere la realtà della situazione territoriale a livello regionale, che si sapeva essere molto variegata, all'interno dei Servizi territoriali, rispetto alla nostra figura professionale.

A tale scopo, innanzitutto, è stata fatta una mappatura degli Ambiti Territoriali Sociali della nostra regione e dei professionisti impiegati negli stessi; dopodiché è stata predisposta una serie di domande, inserite poi in un questionario online sottoposto, attraverso l'Ordine, ai colleghi, sia dipendenti degli Enti sia assunti con contratto di lavoro autonomo di tipo libero professionale, risultati in attività nei territori comunali regionali.

Il GdL ha, altresì, ritenuto importante ampliare lo sguardo andando ad indagare se, ed eventualmente come, altre realtà territoriali regionali avessero affrontato il tema del ruolo dello psicologo nel servizio sociale. Un lavoro che ancora si sta sviluppando anche attraverso il contatto del nostro Ordine, con altri Ordini Regionali.



## Gruppi di lavoro

# Il Gruppo di Psicologia dello Sport scende sulla terra rossa



L'obiettivo per il quale si è dato l'avvio nel gennaio 2012 al Gruppo di lavoro di Psicologia dello Sport risiede innanzitutto nella valorizzazione della disciplina in un contesto di emergente e poco conosciuto in Italia e ancor meno in Liguria.

Volendo inquadrare, in modo sintetico, la Psicologia dello Sport potremmo dire che analizza i processi mentali e gli effetti della pratica sportiva sulla persona e che ha come compito quello di sostenere l'atleta nella gestione delle richieste situazionali, valutando capacità e sfruttando le caratteristiche.

Anche in questo caso, sinteticamente, si possono individuare due differenti ambiti di intervento. Da una parte quello Psicologico-Educativo: dove si lavora in modo più diretto su Orientamento, Motivazione, Crescita Personale, Autostima, Identità e Relazione e dove l'obiettivo è quello di "un sano sviluppo nello sport e grazie allo sport". L'altro aspetto è quello dell'Efficienza Sportiva. Qui l'intervento avrà come obiettivo l'ottimizzazione della prestazione attraverso strumenti specifici e standardizzati sia diagnostici (colloqui, test, questionari, griglie di osservazioni) sia utili al lavoro dello psicologo in studio sia alle attività in campo (colloqui, griglie, tecniche di rilassamento, tecniche di visualizzazione, etc.).

Lo Psicologo dello Sport non è un tecnico, non si occupa di strategie e tattiche sportive, ma, pur avendo una conoscenza delle discipline sportive, riveste un ruolo ben definito: quello di esperto di tematiche psicologiche e psico-pedagogiche.

Il Gruppo di lavoro si è occupato dei diversi aspetti sopra descritti della Psicologia dello Sport attraverso ricerche, pubblicazioni, convegni e varie attività di divulgazioni. Nel corso del tempo ha attivato e mantenuto partnership con enti e associazioni in ambito sportivo.

Questi lavori, uniti al consolidamento del Gruppo negli

anni, hanno aperto la strada ad attività dimostrative più pratiche che permettano ad atleti, allenatori, tecnici, genitori e ad ogni tipo di sportivo di fare esperienza ed entrare in contatto con la Psicologia dello Sport.

Il primo passo è stato "Osservare a tutto Campo"; il progetto di ricerca osservazionale per le scuole calcio promosso ed organizzato dal Secolo XIX dove l'Ordine degli Psicologi della Liguria era uno dei Partner. Gli Psicologi del Gruppo di lavoro hanno lavorato a titolo dimostrativo con diversi strumenti: osservazioni, somministrazione di questionari e brevi lavori di gruppo.

Dopo questa esperienza Il Gruppo di lavoro Psicologia e Sport scende di nuovo in campo, questa volta sulla terra rossa, organizzando un originale torneo di tennis, ufficialmente riconosciuto dalla Federazione e, dunque, regolamentato secondo i principi federali.

L'idea nasce nel Gruppo di Psicologia e Sport della Liguria, e proprio la Liguria sarà la Regione pilota, successivamente verrà sviluppato in modo analogo dagli Ordini del Piemonte e del Lazio e con le rispettive Federazioni Tennis Regionali. L'aspetto innovativo è che il torneo offrirà momenti di prove tecniche nelle quali i giovani tennisti gareggeranno per raggiungere la finale e aggiudicarsi i primi due posti del torneo e, in parallelo ci saranno spazi dedicati alla preparazione mentale e alla sensibilizzazione circa la Psicologia dello Sport applicata al tennis. La premessa di pensiero alla base è quella di valorizzare, oltre al risultato, anche il processo e i percorsi utili per raggiungerlo. Saranno organizzati altresì, durante il tempo dello svolgimento del torneo, incontri di formazione e sensibilizzazione sulla psicologia in ambito sportivo, nello specifico nel tennis, dedicati ai tecnici ai dirigenti delle società, alle famiglie dei giovani tennisti partecipanti.

**Marta Boccalatte, Tamara Mesemi**  
GdL Psicologia dello Sport



## Gruppi di lavoro

# L'Ordine in disordine

Il gruppo sull'Ascolto teatrale nasce all'inizio del 2015. Il titolo un po' misterioso suscitava curiosità mista ad ansie di prestazione. La domanda più frequente era: "Non ho esperienze teatrali... posso comunque partecipare?". Il numero di adesioni sulla carta era molto superiore a quello degli effettivi partecipanti, complice credo la difficoltà di immaginare in cosa consistesse la partecipazione.

Ad ogni domanda rispondevo: "Utilizziamo tecniche ed esercizi teatrali con l'obiettivo di approfondire quanto e cosa sappiamo di quello che noi comunichiamo agli altri e di quello che gli altri vogliono comunicarci", o giù di lì. Faccio una piccola premessa: quando parlo di tecniche parlo di im-

provvisazioni verbali e non verbali guidate da premesse, quando parlo di esercizi parlo di un training che coinvolge soprattutto esercizi corporei che sollecitano la percezione di cosa cambia in noi sotto il profilo emotivo e nello spazio condiviso. Non è perciò né un lavoro di approfondimento teorico, né un lavoro di promozione e tantomeno un lavoro di condivisione di esperienze inerenti alla professione. È piuttosto la proposta di un training esperienziale che possa promuovere la consapevolezza di ciò che percepiamo nel nostro interagire.

Quello che andavamo ad indagare nell'azione teatrale, il drama, era l'inconsapevolezza di quello che comunicavamo in qualità di attori ma, soprattutto, la complessa e sfuggente consapevolezza di spettatori su ciò che era stato agito, consapevolezza che aveva nello spazio di Ascolto la possibilità di essere "sfogliata" un po' come, mi si perdoni il paragone casalingo, una caotica insalata di campo che per poter mangiare dobbiamo lavare, selezionare, buttare, tagliare, riconoscere, annusare.

Era evidente che chi si avvicinava a questo specifico lavoro di "sfogliatura" della drammatizzazione, propria e altrui,

doveva abituarsi a questa disordinata insalata appena raccolta, prefigurando invece l'azione teatrale un po' come una busta di insalata da supermercato che ci facciamo andar bene sia per convenzione: "...se c'è scritto sarzetto sarà ben sarzetto!" che per impotenza di consumatori di vegetali senza orto, piuttosto che lo spazio simultaneo e disordinato di intenzioni, contenuti, domande inesprese e mute affermazioni.

Quello che voglio dire è che il lavoro che si andava a precisare era proprio quello di autorizzarsi come spettatori a dire cosa c'era secondo noi in quell'insalata, indipendentemente dalla scritta e dalle buone intenzioni selettive del produttore oppure, per l'attore, poter riconoscere che nell'insalata aveva messo anche quello che non voleva, o

foglie di cui non conosceva neppure l'esistenza, o che aveva messo in tavola un piatto non commestibile.

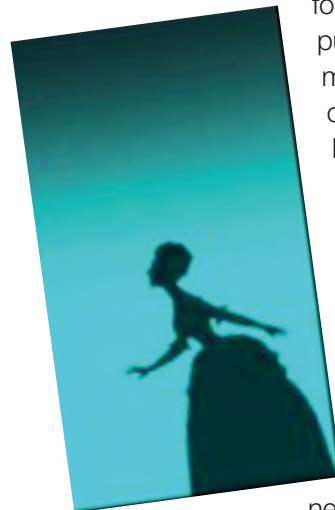
Elemento discriminante in questa operazione di sfogliatura è stato affidarsi alla consapevolezza somatica di quanto andava accadendo nell'azione teatrale, sia come spettatori che come attori.

Consapevolezza somatica che riguarda sia la percezione di cosa va accadendo

nel nostro corpo che la perce-

zione del movimento corporeo nello spazio condiviso, in un equilibrio di spostamenti, intensità e direzioni nell'azione reciprocamente condizionata dei corpi, che partendo inevitabilmente dal disordine, arrivano all'ordine di un dialogo tanto sconosciuto quanto realizzato. Il Gruppo di lavoro credo racconti ad ogni incontro il processo che questo il tipo di training promuove attraverso l'analisi dell'Ascolto: il passaggio dal soliloquio obbligato del disordine all'ordine del dialogo.

**Simonetta Guarino**  
 Coordinatore GdL  
 Ascolto Teatrale









## Gruppi di lavoro

# Pausilipon: quando la psicologia lenisce il dolore

L'International Association for the Study of Pain (IASP, 1979), definisce il dolore come: *“sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata a un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale”*; sottolineando la complessità e la soggettività del dolore, non proporzionale al tipo

o all'estensione del danno tissutale, ma dipendente da interazione, integrazione ed elaborazione di fattori fisici, psicologici, culturali e spirituali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e molte società internazionali si sono battute perché la gestione ottimale del dolore diventasse un diritto fondamentale dell'essere umano.

Da un punto di vista normativo, l'interesse ad un approccio multiprofessionale per la rilevazione e il trattamento del dolore in ambito ospedaliero nasce con il progetto **“Ospedale senza dolore”** nel 2001 e viene ribadito nella più recente L. 38/2010, *“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore.”*

Nel presente lavoro verranno brevemente delineati alcuni aspetti psicologici che possono essere coinvolti nell'esperienza dolorosa del paziente.

### Il dolore nell'adulto

Negli anni '50, Bonica, ha sottolineato come i fattori psicologici siano importanti nello studio del dolore, esercitando forti influenze nell'esperienza e nell'espressione del dolore individuale. I processi fisiologici indotti da lesioni, che comprendono il sistema nervoso autonomo, l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e il sistema immunitario, portano alla costituzione della consapevolezza somatica: insieme ad essi emergono le risposte emotive e i riconoscimenti cognitivi dei cambiamenti nel corpo che tali processi creano.

Gli aspetti psicologici del dolore riguardano tre componenti interagenti e spesso compresenti:

– **affettiva**: funzionamento delle vie neurali che si attivano



in risposta ad uno stimolo doloroso e risposta emotiva al dolore che, sovente, emerge attraverso rabbia, paura e tristezza

– **cognitiva**: spiegazioni al proprio dolore; attenzione selettiva verso di esso; credenze sul dolore, stile di adattamento e risposta alle situazioni dolorose

– **comportamentale**: modi di agire in relazione al dolore, comportamenti frequenti possono essere iper-reattività nella ricerca del percorso di cura e ritiro dalle attività.

La valutazione del sintomo algico richiede sia l'ascolto dell'esperienza del paziente tramite colloquio, sia la misurazione con l'uso di scale e questionari. Le scale possono essere di tipo unidimensionale, che valutano un'unica caratteristica del dolore, solitamente l'intensità, sono molto pratiche e veloci da somministrare ma forniscono un'informazione parziale. Le più utilizzate sono:

– scala verbale: descrittori dal più debole "assente" al più intenso "fortissimo";

– scala numerica: serie di numeri da 0 a 10 il cui punto di inizio e di fine rappresentano gli estremi del dolore provato;

– scala analogo visiva: linea di 10 cm con due punti di inizio e fine, contrassegnati con "assenza di dolore" e "il dolore peggiore mai sentito".

Le scale multidimensionali prendono in considerazione la qualità del dolore e il suo impatto sulla vita quotidiana della persona. Le più utilizzate sono: McGill Pain Questionnaire e Brief Pain Inventory.

Tunks e Merskey affermano che il trattamento psicoterapico è indicato sia quando il sintomo doloroso è conseguenza di un disagio psichico, ma anche quando il dolore è effetto primariamente di una malattia organica. L'importanza degli interventi psicologici nel trattamento del dolore cronico è evidenziata anche da una Cochrane review che indica come utili in ottica terapeutica i seguenti approcci: cognitivo comportamentale, psicodinamico, sistemico-familiare e terapia di gruppo.



## Gruppi di lavoro

### ➔ Pausilpon

#### Il dolore nel bambino

Il dolore, come detto precedentemente, è un'esperienza complessa; anche nel bambino la reazione ad esso è influenzata dalla percezione individuale e mediata da diversi fattori: età, stadio di sviluppo, stato emotivo, temperamento, cultura, esperienze, abilità di coping, contesto.

Gli ultimi due decenni sono stati fondamentali nello sviluppo della comprensione del dolore pediatrico e del suo trattamento, tuttavia vi sono ancora alcuni falsi miti che possono in parte influenzare l'esperienza dolorosa dei bambini: a lungo si è ritenuto che i neonati non avessero un sistema nervoso sufficientemente maturo per sperimentare dolore; in realtà, a causa dell'incompleta maturazione dei sistemi di controllo, i neonati e i nati pretermine possono sperimentare come dolorose anche stimolazioni che non lo sono, come l'*handling*.

I bambini ospedalizzati affrontano diverse procedure dolorose durante i ricoveri: alcune ricerche riportano una media di 6,3 al giorno in un range che arriva fino a 50.

Neonati e bambini che hanno sperimentato dolore nelle prime fasi di vita, mostrano cambiamenti a lungo termine nella percezione del dolore e nei comportamenti correlati, con ripercussioni negative sugli aspetti fisiologici e psicologici. Pertanto, per trattare il dolore in modo efficace, è necessario in primis misurarlo tenendo conto di tutte le componenti. La scelta degli strumenti varia a seconda dell'età e non può prescindere dall'autovalutazione, a meno che non intervengano delle limitazioni che la rendano non applicabile. Le scale più indicate per la misurazione del dolore in età pediatrica, in bambini competenti, sono:

1. **Scala FLACC** da usare con minori di 3 anni, o in presenza di deficit motori o cognitivi;
2. **Scala con le facce di Wong-Baker** per bambini > 3 anni;
3. **Scala numerica** per bambini ≥ 8 anni.

Qualora siano presenti dei dubbi è possibile ricorrere alla valutazione dei genitori, dei curanti o alla valutazione dei parametri fisiologici (es. frequenza cardiaca, sudorazione

palmore), consigliati quando sia presente un deficit cognitivo o motorio. Il bambino competente si trova al centro del processo, come parte attiva, incoraggiato a pensare, sperimentare, esplorare, fare domande. Diventa fondamentale, quindi, la sua preparazione all'esame doloroso (informazioni su tempistica e procedura) che riduce lo stress e aumenta la sensazione di autocontrollo. Anche la partecipazione attiva dei genitori contribuisce a ridurre lo stress e l'esperienza dolorosa. In quest'ottica si inserisce l'intervento antalgico che prevede l'utilizzo di farmaci e di Tecniche non farmacologiche (TNF), che possono essere insegnate anche ai caregivers.

La scelta della tecnica dipende da: età del bambino, situazione clinica, tipologia del dolore, grado di collaborazione del bambino, risorse disponibili. Spesso si utilizza un approccio multimodale (Tabella 1).

Le TNF possono essere raggruppate in tre grandi cluster:

- **metodi cognitivi** (es. preparazione, musica, immaginazione guidata, distrazione, ipnosi) con l'obiettivo di deviare l'attenzione dal dolore, focalizzandola selettivamente su stimoli diversi o incompatibili con esso
- **metodi comportamentali** (es. rilassamento muscolare, esercizi di biofeedback, controllo della respirazione) con l'obiettivo di modificare alcuni fattori emozionali, comportamentali, familiari e situazionali che interferiscono con la risposta al dolore
- **metodi fisici** (es. caldo/freddo, massaggio, TENS, agopuntura).

Prendiamo in considerazione la tecnica della desensibilizzazione in cui il bambino, attraverso la concentrazione mentale, riesce ad abbassare la sensibilità di una precisa zona corporea; ne sono esempi la tecnica del "guanto magico" e quella "dell'interruttore".

La bibliografia è consultabile sul sito dell'Ordine alla pagina "Giornale dell'Ordine" nel menù "Comunicazione" (<http://www.ordinepsicologi-liguria.it/la-comunicazione/giornale-dell-ordine.html>)

**GdL Psicologia Ospedaliera**

Tabella 1 • **Tecniche non farmacologiche più adeguate per fascia di età**

ANNI	METODI
0 - 2	Contatto fisico: toccare, accarezzare, cullare. Ascoltare musica.
2 - 4	Giocare con pupazzi, raccontare o leggere storie, respirazione, guanto magico.
4 - 6	Respirazione, racconto di storie, gioco con pupazzi, guanto magico, visualizzazione, coinvolgimento.
6 - 11	Musica, respirazione, contare, guardare la TV, visualizzazione, gioco dell'interruttore.
11 - 13	Musica, respirazione, visualizzazione, gioco dell'interruttore



## Gruppi di lavoro

# Lo spaesamento<sup>1</sup>

*“Ciò che cura agisce come una storia, con la singolarità e la sensibilità proprie della cultura d’origine ma legittimando e consolidando un’apertura alla complessità e al pluralismo”.*

F. Dubosc

### Perché spaesarsi?

Abbiamo proposto a chi, con differenti professionalità, si trova ad operare con persone migranti, e quindi ad affacciarsi alla comunicazione interpersonale con la variabile della multiculturalità, una serie di incontri in cui offrirci vicendevolmente l’opportunità per riflettere insieme su alcuni

come fosse naturale ciò che invece è culturale, dei probabili malintesi in cui la relazione tende a restare impigliata, ma anche renderci consapevoli delle possibili strategie che aiutano il dialogo, i termini o le domande che favoriscono la fiducia e l’apertura, sono solo alcuni degli stimoli che ci hanno aiutati nella riflessione.

Il tema chiave con cui abbiamo aperto non poteva che



concetti chiave, capaci di rendere evidenti le nostre prassi comunicative e terapeutiche.

Una sorta di “laboratorio di ibridazione” in cui condividere i rispettivi “saper fare” sviluppati nell’operare quotidiano, osservandone limiti e risorse.

Ne dobbiamo dedurre che, vista la massiccia risposta e partecipazione, si tratti di un tipo di confronto di cui c’è notevole necessità.

Pensiamo che, per affinare la necessaria disposizione mentale di ascolto e decentramento che coinvolga sempre più anche la sfera culturale, sia necessario imparare a lavorare in gruppi eterogenei (per formazione, specificità professionale e culture di provenienza), per riconoscere e trasformare la tendenza alle “logiche univoche”, che non sanno rendere conto delle complessità che abitano dentro e fuori di noi.

Vogliamo prendere coscienza dei pregiudizi culturali che possiamo avere, della tendenza a “dare per scontato”

essere quello dello “spaesamento”: il sentirsi fuori dal proprio contesto abituale, il senso di estraneità, di non familiarità, di sospensione e di *impasse*, tipici di quando vengono a cadere i riferimenti soliti, che sostengono la visione già data di se stessi, dell’altro, della vita.

Di solito è “qualcosa che accade”, nostro malgrado, una sensazione che viviamo come sgradevole, che incute ansia, turbamento, incertezza, da cui tendiamo a sfuggire, mettendo in atto qualche sorta di evitamento: operando qualche semplificazione rispetto al molteplice che ci si presenta, riportando il tutto a registri già conosciuti (e in questo perdendo il contatto con l’*altro*), oppure ritirandoci in una sorta di rassegnazione, assolutizzando la difficoltà di comunicazione come insuperabile.

L’occasione è piuttosto quella di imparare a stare dentro lo spaesamento, dandosi il tempo, pazientando e confidando nella possibilità che diventi strumento prezioso alla comunicazione stessa.

1. Il titolo è quello del primo incontro *Dialoghi di confine* del quale il presente articolo è una sintesi



## Gruppi di lavoro

### → Lo spaesamento

Forse possiamo considerare quell'esperienza conturbante come una sorta di "passaggio iniziatico" alla complessità dei contesti umani multiculturali: per entrare in dialogo è indispensabile accettare una sorta di spaesamento (nel senso di uscire dai criteri che ci sono familiari), mettere in bilancio una fisiologica difficoltà comunicativa (non solo linguistica) e imparare ad esplorarla.

Ciò comporta l'accettazione di una complessità e pluralità di sensi e significati che chiede spazio, pazienza, tolleranza del "non sapere" e del "non capire".

Diventare consapevoli di come, che ci piaccia o no, ci portiamo sempre appresso, più o meno consciamente, la tendenza ad una qualche "logica totalizzante" che, a volte in forme più esplicite, altre in forme più subdole, ci dispone a pensare alle nostre ragioni dando loro più peso, più importanza, più potere rispetto a quelle dell'altro, è l'unica strada per cominciare a trasformarle.

Si tratta di aprirsi a tracciare insieme un orizzonte condiviso (narrazione co-creata), incuriosendosi per cercare di scoprire gli strumenti dell'altro. È interessante notare come in quel "sostare nello spaesamento" spesso ci troviamo ad offrire all'altro una possibilità di attivarsi, di attingere alle proprie risorse culturali che diventano ingrediente fondamentale della nuova narrazione e della cura.

Superata la fase iniziale, lo "spaesarsi" può diventare intenzionale, qualcosa che impariamo ad attuare, nella relazione con l'altro, che ci aiuta ad uscire, almeno in parte, dai nostri riferimenti culturali e dai pregiudizi, che permette un atteggiamento relazionale più efficace.

### Assaggi

Le occasioni di spaesamento in una scuola dedicata agli stranieri sono molto frequenti: in generale insegnare presuppone comprendere la disposizione dell'altro e gran parte del lavoro consiste nel permettere alle persone di essere intelligenti, quindi, in primo luogo, di "esserci" con tutte le diversità di cui sono titolari. Alcuni esempi:

**Che giorno è oggi?** Oggi è sicuramente il 19 settembre 2016, però altrettanto certamente è 16 *Dhul-hijja* 1437, il mese del pellegrinaggio per il calendario musulmano, secondo il calendario ebraico oggi è il 16 Elul 5776; per i cinesi siamo arrivati al 4713. Quindi oggi è un giorno qualunque nell'universo al quale apparteniamo come particella infinitesima di materia e forse spirito... e consiste soltanto in una delle rotazioni di uno dei numerosi pianeti orbitanti intorno ad una tra i miliardi di stelle tra cui ci troviamo a galleggiare per un po'. In qualche modo è accaduto che casualmente abbiamo preso contatto con alcune delle nostre convenzioni relative al tempo e, se riusciamo a non

scappare subito da questo attimo di sospensione, proprio questo ci può aiutare a percepire una comune appartenenza al genere umano. Sfuma l'idea di "naturale" che ci accompagna e ci rassicura in molte aree dell'esistenza. Il significato di naturale scolorisce in quello di comune, condiviso, ma non più al livello dei contenuti, bensì al livello meta del bisogno al quale un certo contenuto risponde. Scopriamo "naturale" aver paura della scuola o le formule di cortesia.

**Come ti chiami?** Ci tocca imparare i nomi e c'è chi per evitare sarebbe disposto a farsi chiamare Maria o Francesco, affermando che per gli italiani è più facile. Qualcuno osserva che non sono parole italiane e allora cosa c'entra? La flessibilità che ci vuole per accettare di pronunciare nuovi suoni difficili da articolare o sentiti come "ridicoli" è tanta. Ogni lingua ha i suoni per i nomi degli uomini e delle donne e sono parole belle, rispettabili, che portano significati, ricordi, auguri, ci tocca allargare i confini del possibile e farlo con delicatezza perché sentire il proprio nome stravolto, quei bei suoni con i quali mi chiamavano mia madre, mio padre, diventano una parolaccia che mi dice solo quanto sono lontano da casa.

**Come sei venuto?** Si possono aprire scenari di sopraffazione e brutalità. Forse è questione di soglia. Per "noi", occidentali, italiani, la soglia oltre la quale percepiamo violenza è piuttosto bassa, parlare della morte "naturale" di qualcuno è già abbastanza difficile. Nessuno dei "nostri" abituali discorsi sulla violenza può essere adatto. Si avverte una complessità di bisogni che chiede di essere elaborata. E c'è chi la violenza l'ha agita per salvarsi o per dovere, come poliziotto o soldato, e anche di queste esperienze a volte qualcosa arriva; infine la violenza antica, coloniale, che ci torna indietro sotto forma di tracce, gli anglofoni e i francofoni, il Senegal ed il Gambia, le feste per l'indipendenza, i pakistani che si ritrovano alla Foce per giocare a cricket! La percezione dicotomica della sicurezza come fatto naturale, e tutta la violenza relegata nel mondo criminale, sparisce. Ci restano domande. Non riusciamo a conservare quell'immagine di società, di mondo giusto, almeno tendenzialmente, con la quale siamo arrivati fin qui. I contorni non sono più così nitidi. Lo spaesamento vissuto a scuola si potrebbe forse raccontare come perdita dell'ingenuità. Prendiamo atto di stare nel bel mezzo di un'ingiustizia, sociale ed economica che ha radici lontane e se nonostante questo, vogliamo continuare a cercare modi umani di accogliere abbiamo da elaborare novità. Non basta l'istituzione per questo genere di cose, non bastano i ruoli professionali, bisogna essere intelligenti, bisogna esserci, personalmente.

**Agnese Galotti, Enrica Spadaccini**  
GdL Etnopsicologia



## Gruppi di lavoro

# L'intervento sociale e giudiziario nel caso di genitorialità incapace

## Criteri e strumenti di valutazione delle capacità genitoriali

Giovanni B. Camerini<sup>1</sup>, Gaetano De Leo<sup>2</sup>, Gustavo Sergio<sup>3</sup>, Laura Volpini<sup>4</sup>

### 1. La valutazione della genitorialità tra beneficenza e legalità

La cosiddetta "valutazione della genitorialità" è un'attività di diagnosi maturata in un'area di ricerca multidisciplinare che valorizza i contributi della psicologia clinica e dello sviluppo, della neuropsichiatria infantile, della psicologia della famiglia, della psicologia sociale e giuridica e della psichiatria forense. Intesa

in senso ampio riguarda due versanti, genitori e bambino, ed ovviamente la loro relazione.

Essa è particolarmente feconda per le applicazioni operative che ne possono derivare sia in funzione degli interventi psicosociali di prevenzione e di riabilitazione realizzati dai servizi sociosanitari sotto l'egida del principio di beneficenza, che delle decisioni assunte dal tribunale per i minorenni e dal tribunale ordinario per la tutela giurisdizionale dei diritti dei minorenni coinvolti direttamente o indirettamente in procedimenti giudiziari.

Al di là dei casi in cui la valutazione delle capacità genitoriali è rivolta a determinare le modalità dell'affidamento dei figli legittimi o naturali nei procedimenti separativi (artt.155 sgg. c.c.; legge 1 dicembre 1970 n.898 di disciplina dei casi di scioglimento del matrimonio; art.317 bis c.c.) tre sono le ipotesi graduate in relazione alla gravità della situazione in cui si tratta di determinare la capacità dei genitori.

**a) La prima** (artt.2-5 legge 4 maggio 1983 n.184) si riferisce ai casi riguardanti un *minore temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo* quando i genitori o gli altri familiari interessati sono in grado di collaborare con i servizi socio sanitari. In tale ipotesi il servizio locale predispone un progetto di aiuto che contempla talvolta anche il collocamento del minore presso una famiglia in grado di accogliere il bambino e di provvedere temporaneamente al suo mantenimento, educazione ed istruzione. In questo caso dunque le capacità genitoriali sono valutate come potenzialmente adeguate e comunque recuperabili anche

grazie a un intervento psicosociale di riabilitazione. Dunque la reversibilità della situazione di pregiudizio del minore e di carenza delle capacità di assistenza materiale e educativa della sua famiglia costituisce il carattere precipuo di questa prima ipotesi, che prevede una risposta assistenziale, che non incide sul regime giuridico delle responsabilità degli adulti nei confronti del minore affidato all'iniziativa ed alla responsabilità del servizio sociale locale.

**b) La seconda** situazione è quella "estrema" del *minore in stato di abbandono*, e cioè privo di assistenza morale e materiale anche da parte dei membri della famiglia estesa (artt.8-21 legge n.184/1983). Riconosciuto il principio di diritto che attribuisce *un carattere prioritario* al diritto del minore di crescere nella famiglia di origine (art. 1 legge n.184/1983), occorre valutare l'incapacità genitoriale sulla base della reale obiettiva situazione esistente in atto. Vanno perciò individuate – e rigorosamente accertate e provate – le gravi ragioni che impedendo ai genitori ed ai

parenti di assicurare irreversibilmente (rispetto ai tempi evolutivi) una normale crescita ed adeguati riferimenti educativi al minore, impongono la sua sottrazione alla famiglia di origine per garantire il suo diritto a crescere ed essere educato nell'ambito di un'altra famiglia. A tale indagine corrisponde quella riguardante la condizione – psico-fisica, educativa e familiare – del bambino, lo stretto rapporto di questa con tale mancanza di capacità e risorse, e la sua gravità che deve essere tale da non consentire lo sviluppo della personalità neppure al minimo.

**c) La terza** situazione considerata è per così dire intermedia, pur essendo in se stessa caratterizzata da una certa importanza. Essa si verifica quando *uno o entrambi* i genitori violano più o meno gravemente i doveri parentali o tengono *una condotta comunque pregiudizievole per il minore* (artt. 330-333 c.c.). La condotta del genitore, anche se turba lo sviluppo personale ed educativo del figlio non è tale da compromettere in modo irreversibile il suo diritto di



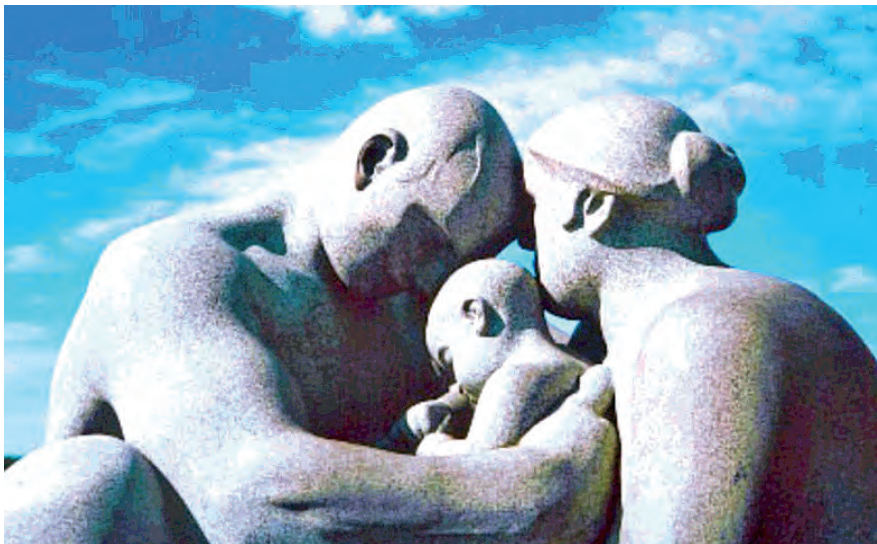


## Gruppi di lavoro

### ➔ L'intervento sociale e giudiziario nel caso di genitorialità incapace

crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia. Si tratta di una situazione che proprio per il suo carattere intermedio comporta sia una risposta giudiziaria – sul piano del regime giuridico delle responsabilità parentali nei confronti del minore – che eventualmente una risposta assistenziale da parte dei servizi, che potranno eventualmente mettere in campo anche l'affidamento familiare del minore.

### 2. I criteri per la valutazione psicosociale della capacità genitoriale



I criteri presenti in letteratura per la valutazione della genitorialità in senso generale riguardano *parametri individuali e relazionali* relativi ai concetti di *parenting* e di *funzione genitoriale*, trattati ampiamente nella letteratura italiana e internazionale, che riguardano lo studio delle abilità cognitive, emotive e relazionali del ruolo e delle funzioni genitoriali. Secondo Bornstein<sup>5</sup> la "capacità genitoriale" corrisponde ad un costrutto complesso, non riducibile alle qualità personali del singolo genitore, ma che comprende anche un'adeguata competenza relazionale e sociale. L'idoneità genitoriale viene definita dai bisogni stessi e dalle necessità dei figli in base ai quali il genitore attiverà le proprie qualità personali, tali da garantirne lo sviluppo psichico, affettivo, sociale e fisico.

Il *parenting* si propone come una competenza articolata su quattro livelli:

- a) *nurturant caregiving* che comprende l'accoglimento e la comprensione delle esigenze primarie (fisiche e alimentari);
- b) il *material caregiving* che invece riguarda le modalità con cui i genitori preparano, organizzano e strutturano il mondo fisico del bambino;

- c) il *social caregiving* che include tutti i comportamenti che i genitori attuano per coinvolgere emotivamente i bambini in scambi interpersonali;
- d) il *didactic caregiving* riferito alle strategie che i genitori utilizzano per stimolare il figlio a comprendere il proprio ambiente.

Guttentag et altri<sup>6</sup>, partendo da quattro componenti correlate ad uno stile parentale comprensivo e "responsivo" quali:

- a) la capacità di rispondere alle richieste,
- b) la capacità di mantenere un'attenzione focalizzata, c) la ricchezza del linguaggio,
- c) il calore affettivo, osservano che questi criteri sono

correlati a specifici *pattern* di abilità parentale.

A sua volta Visentini<sup>7</sup>, in una meta-analisi della letteratura scientifica, individua otto funzioni genitoriali:

- a) la funzione *protettiva*;
- b) la funzione *affettiva*;
- c) la funzione *regolativa genitoriale*;
- d) la funzione *normativa*;
- e) la funzione *predittiva*;
- f) la funzione *significante*;
- g) la funzione *rappresentativa e comunicativa*;
- h) la funzione *triadica*.

La valutazione psicosociale generale della capacità genitoriale si specifica poi in relazione ad alcune prospettive più particolari

che ne dipendono: la condizione di pregiudizio in cui può venirsi a trovare un minore, il suo stato di abbandono, la maggiore idoneità dell'uno o dell'altro genitore separati a prendere con sé stabilmente il figlio.

#### 2.1. Le condizioni di pregiudizio

Particolarmente importante è la ricerca di criteri scientifici con cui valutare, nella prospettiva della tutela del minore, se le condizioni familiari in cui il minore si trova mettono a rischio il suo sviluppo psicosociale e rappresentano, cioè, una situazione di pregiudizio.

I complessi criteri utilizzati per la valutazione delle *condizioni di pregiudizio* del minore sono collegati in letteratura:

- a) al maltrattamento fisico, alla trascuratezza, al maltrattamento psicologico;
- b) all'abuso sessuale;
- c) al rapporto tra psicopatologia e violenza subita durante l'infanzia;
- d) alla patologia psichiatrica, alla devianza, alla tossicodipendenza e all'alcolismo del/dei genitori;



## Gruppi di lavoro

e) più recentemente, ai fattori che influenzano gli esiti evolutivi nella violenza assistita familiare.

Uno dei modelli più recenti che si occupa dei criteri di valutazione della genitorialità che possono indicare una situazione di rischio per il bambino è il modello *process-oriented* adattato da Di Blasio<sup>8</sup>.

Il modello valorizza innanzitutto i *fattori individuali* (biologici, genetici, psicologici), i *fattori familiari e sociali* (coppia, bambino, fratria, amici, lavoro, famiglia estesa), i *fattori della società e dell'ambiente* (ambiente fisico e salute, servizi e risorse della comunità, condizioni economiche e familiari, supporti del governo) e le reciproche interazioni tra questi, come livelli che influenzano il funzionamento genitoriale.

### 2.2. Lo stato di abbandono

Secondo l'art.8, comma 1, della legge n.184/1983 sono adottabili i minori di cui sia accertata la situazione di abbandono perché privi di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi purché la mancanza di assistenza non sia dovuta a causa di forza maggiore di carattere transitorio.

La legge n.149/2001, escludendo che la dichiarazione di adottabilità possa essere pronunciata "anche d'ufficio", sembra aver prodotto una maggiore prudenza, probabilmente proprio in relazione ad una maggiore attenzione e valutazione delle competenze genitoriali della famiglia allargata.

I criteri psicosociali per la valutazione dello stato di abbandono si riferiscono ovviamente all'abbandono non come evento materiale ma in senso soggettivo come vissuto del minore che si vive come abbandonato o con legami malati rispetto alle persone che dovrebbero averne cura.

Nella considerazione di questo abbandono soggettivo vanno pertanto valutati anche i fattori di rischio e pregiudizio per una crescita sufficientemente sana, allorché gli interventi di sostegno attivati dai servizi sociosanitari nei confronti dei genitori e della famiglia allargata non siano risultati sufficienti a prevenirli.

### 2.3. La capacità dei genitori in caso di separazione

La legge 8 febbraio 2006 n.54, in modifica delle norme di cui agli artt.155 sgg. c.c., ha introdotto nel diritto di famiglia un modello generale dei rapporti dei genitori con i figli minorenni quando la crisi della coppia sfocia nella cessazione

della convivenza<sup>9</sup>, disciplina applicabile dunque non solo in sede di separazione giudiziale, ma anche di scioglimento, cessazione degli effetti civili o nullità del matrimonio, nonché nei procedimenti relativi ai figli di genitori non coniugati (art.4 legge n.54/2006).

In particolare viene riconosciuto il diritto del figlio minore di mantenere anche in caso di separazione dei genitori un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, in modo da ricevere da entrambi cura, educazione ed istruzione, e quello di conservare rapporti significativi con gli ascendenti ed i parenti di ciascun ramo genitoriale. Abolito il nesso necessario tra affidamento del minore ed esercizio



della potestà, la legge disegna un nuovo regime giuridico per consentire la realizzazione di tali diritti con l'*affidamento condiviso*, modulato dal giudice laddove i genitori non abbiano raggiunto un accordo, e attraverso l'*esercizio congiunto della potestà*, eventualmente limitato alle decisioni di maggior interesse relative all'istruzione, educazione, alla salute, quando il giudice stabilisce l'esercizio separato della potestà sulle questioni di ordinaria amministrazione. Nelle valutazioni consulenziali, in relazione a questo regime giuridico rivolto a soddisfare il diritto del minore alla bigenitorialità ed il dovere dei genitori ad assolvere ai loro compiti, non si tratta pertanto solo di valutare le capacità potenziali di ciascun genitore rispetto agli specifici bisogni del figlio, quanto di accertare in concreto anche la capacità di:

- assolvere i compiti parentali nei confronti di quel bambino/adolescente nelle condizioni di vita determinate dalla rottura della coppia;
- disegnare conseguentemente il progetto dell'affidamento condiviso, che comprenderà il collocamento ripartito o principale del figlio, ed in tal ultimo caso *i tempi e le modalità* (e le occasioni) *della sua presenza presso*



## Gruppi di lavoro

### ➔ L'intervento sociale e giudiziario nel caso di genitorialità incapace

*ciascun genitore* nonché *la misura ed il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione, ed alla educazione* della prole.

Il progetto di affidamento dunque sarà diretto a soddisfare il diritto del bambino alla bigenitorialità sia sotto il profilo personale che patrimoniale data l'inscindibilità delle tutele non solo in senso temporale ma anche funzionale. Le scelte specifiche naturalmente saranno modulate con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale del minore (principio di beneficenza).

Su questo tema dei criteri di affidamento del figlio c'è una vastissima letteratura straniera e italiana, che contiene indicazioni molto specifiche. Camerini<sup>10</sup> di recente ha proposto di utilizzare come criteri (ovviamente principali): a) l'accesso all'altro genitore, individuando gli elementi di cooperazione e disponibilità, o viceversa, la difficoltà sostanziale rispetto al diritto/dovere dell'altro genitore a partecipare alla crescita e all'educazione dei figli; b) la competenza genitoriale dei due coniugi nei termini della qualità della relazione di attaccamento in base al concetto di "genitore psicologico"; c) l'attenzione ai bisogni reali dei figli; d) la capacità da parte di ciascuno dei due genitori di attivare riflessioni ed elaborazioni di significati relativi sia agli stati mentali dei figli stessi sia alle loro esigenze evolutive in base alla così detta "funzione riflessiva".

### 3. Gli strumenti e metodi di valutazione delle capacità genitoriali

Diversi strumenti per la valutazione della genitorialità e dei livelli di rischio relativi a comportamenti e dinamiche genitoriali e familiari sono presenti in letteratura.

Uno di quelli più recenti utilizzati per l'analisi delle interazioni familiari è il *Trilogue Play Clinico* (LTPc) introdotto dal gruppo di Losanna (LTP) e adattato da Mazzoni e Malagoli Togliatti<sup>11</sup>.

Altri strumenti che vengono impiegati specie nel mondo anglosassone sono:

- il *Darlington Family Assessment System*<sup>12</sup>, che considera:
  - a) la prospettiva del figlio; b) la prospettiva dei genitori; c) la prospettiva genitore/figlio; d) la prospettiva dell'intera famiglia;
- la *Family Environment Scale*<sup>13</sup>, che usa tre sottoscale:
  - a) relazioni; b) crescita personale; c) perpetuazione del sistema;
- il *Mc Master Family Assessment Device*<sup>14</sup>, basato sull'analisi dei compiti che il "sistema familiare" deve sapere affrontare efficacemente e sui diversi livelli di funzionamento;

- il *Parental Bonding Instrument* (PBI) che misura i livelli di controllo anaffettivo genitoriale.

**Alessandra Guidali**

Coordinatore Gdl Psicologia Giuridica

Titolo Rivista: **MINORIGIUSTIZIA**  
 Autori/Curatori: Giovanni B. Camerini, Gaetano De Leo, Gustavo Sergio, Laura Volpini  
 Anno di pubblicazione: 2007 - Fascicolo 3

1. Neuropsichiatra infantile, Università di Modena e Reggio Emilia.
2. Professore ordinario di Psicologia sociale e giuridica, Università di Bergamo e Università di Roma "La Sapienza". Gaetano De Leo è deceduto a fine dicembre 2006. Il testo che pubblichiamo è l'ultimo suo contributo di studioso intelligente e innovativo destinato alla nostra rivista.
3. Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Venezia.
4. Docente di Psicologia giuridica, Università di Roma "La Sapienza".
5. M.H. Bornstein, *Handbook of Parenting*, 4 voll., Lawrence Erlbaum Associates. Mahwah, 1995.
6. C.L. Guttentag, C. Pedrosa-Josic, S.H. Laundry, K.E. Smoth, P.R. Swank, "Individual Variability in Parenting Profiles and Predictors of Change: Effects of an Intervention With disadvantaged Mothers", in *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 27(4), 2006, pp. 349-369.
7. G. Vicentini, *Definizione e funzioni della genitorialità*, 2003, in [www.genitorialità.it](http://www.genitorialità.it), 2003.
8. P. Di Blasio (a cura di), *Tra rischio e protezione: La valutazione delle competenze parentali*. Unicopoli, Milano, 2005.
9. Cfr. F. Tommaseo, "L'ambito di applicazione della legge sull'affido condiviso", in *Minorigiustizia*, 2006, n. 3, pp. 104 ss.
10. G.B. Camerini, "Aspetti legislativi e psichiatrico-forensi nei procedimenti riguardanti i minori", in V. Volterra (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica* (Trattato Italiano di Psichiatria, TIP), Masson, Milano, 2006.
11. M. Malagoli Togliatti, S. Mazzoni, "Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli: il Lausanne Trilogue Play Clinico (LTPc)", Raffaello Cortina, Milano, 2006.
12. In: I.M. Wilkinson, "Family Assessment", Gardner Press, New York, 1993.
13. R. Moos e B. Moos, *A typology of family environments*, "Family Processes", n. 15, 1994.
14. N.B. Epstein, D.S. Bishop e L.M. Baldwin, *Mc Master Model of family functioning: A view of the normal family*. In: F. Walsh (a cura di), "Normal family processes", Guildford, New York, 1982.





## Gruppi di lavoro

# TECNOSTRESS: il rischio d'impresa del terzo millennio



Sono trascorsi più di 30 anni da quando C. Brod (1984) pubblicò il testo *Technostress: the human cost of computer revolution*, dando il via alle ricerche sul tema dello stress derivante dall'uso di tecnologie e il suo impatto sul piano psicologico. Brod definiva il tecnostress come “un moderno disturbo di adattamento causato dall'incapacità di far fronte alle nuove tecnologie informatiche in un modo sano” per indicare lo stress derivante dall'uso, sempre più imperante, della tecnologia con effetti negativi sulla dimensione emotiva e cognitiva, sui comportamenti e sulla motivazione dell'essere umano.

Per Brod i disturbi principali erano ansia, depressione, fatica mentale, attacchi di panico, incubi e attacchi di rabbia causati dall'incapacità di gestire le moderne tecnologie informatiche; conseguenze che anche gli studi attuali tendono a confermare. Per il dott. G. Regosa, studioso contemporaneo del rischio in oggetto, il tecnostress è uno stato di disfunzione e di alterazione degli equilibri psicocorporei dell'organismo, che può diventare cronico e logorare l'individuo.

Entrambi rilevano come i cambiamenti della tecnologia, e di chi la utilizza ai fini del raggiungimento dei propri interessi professionali o personali, hanno portato, portano

e soprattutto porteranno a un forte cambiamento della qualità della vita, che a loro parere si manifesterà anche con una diminuzione della produttività in ambito lavorativo e un aumento del rischio di favorire incidenti e infortuni sul lavoro.

Negli anni, diversi studiosi si sono occupati di questo tema evidenziando le ricadute negative sullo stato psicofisico delle persone: senso di impotenza sul controllo del tempo e dello spazio personale, sovraccarico di informazioni provenienti da fonti diverse, fino alla riduzione della fiducia e del confort nell'uso delle tecnologie digitali.

Ma approfondiamo ancora meglio il concetto di tecnostress, descrivendo le diverse dimensioni che lo compongono.

La prima dimensione è legata alle difficoltà di un buon bilanciamento vita/lavoro (equilibrio minacciato dalla connettività sempre e ovunque), tema molto attuale dal momento in cui si parla sempre più di *mobility work* e *smart work*.

La seconda dimensione è generata dalla necessità di un continuo apprendimento e aggiornamento delle competenze, condizione di *skill discrepancy* in cui le competenze esistenti non sono sufficienti e le persone trascorrono una consistente parte di tempo ad imparare a utilizzare nuove



## Gruppi di lavoro

### ➔ Tecnostress

tecnologie digitali. Questo accade per esempio per l'aggiornamento software, per l'utilizzo di nuove app e nuovi processi, mentre le persone si aspetterebbero di utilizzare le ICT per velocizzare i propri compiti.

La terza dimensione riguarda il sovraccarico cognitivo, derivante dalla grande mole d'informazioni da gestire. Sovraccarico che può portare anche a conseguenze paradossali: da uno studio del *Reuters Business Information* svolto su un campione di 1.313 manager in USA, UK, Hong Kong, Singapore e Australia, è stata identificata la *Information Fatigue Syndrome*. Il 73% di soggetti sentiva il bisogno di acquisire enormi quantità di informazioni per avere successo nella propria vita lavorativa e la tecnologia ha reso possibile questo aumento di accessibilità alle informazioni. È però emerso che 2 intervistati su 3 hanno subito dei cambiamenti negativi nella loro vita personale e lavorativa a causa del sovraccarico delle informazioni.

L'ultima dimensione è quella del *multitasking*, ossia dello svolgimento di più azioni contemporaneamente e su diversi dispositivi (es. telefono, computer, iPad) con potenziali ricadute sulla capacità di concentrazione e quindi sulla produttività.

In ognuna di queste dimensioni si può generare uno o più fattori di *burnout*: appaiono quindi evidenti le minacce che le organizzazioni devono prevenire. Per tale motivo occorre progettare e implementare dei programmi d'intervento, per affrontare e, se possibile, prevenire il tecnostress.

È indubbio, infatti, che la nostra società si stia evolvendo sotto l'influenza della nuova tecnologia e delle mutevoli condizioni economiche e sociali, e anche i nostri luoghi lavorativi, le nostre modalità di lavoro e i relativi processi di produzione sono costantemente in evoluzione. Queste recenti situazioni occupazionali comportano rischi nuovi ed emergenti e sfide che, a loro volta, richiedono approcci politici, amministrativi e tecnici che garantiscano elevati livelli di sicurezza e salute sul lavoro. Tra questi rischi il tecnostress si configura come uno di quelli che necessita soprattutto di "consapevolezza" da parte sia dei soggetti a rischio, sia delle aziende a cui spetta l'obbligo di prevenzione e protezione dei lavoratori.

Infatti, secondo il procuratore R. Guariniello "il tecnostress va valutato, altrimenti si applica la violazione della norma che prevede l'arresto o l'ammenda": questo perché, se si analizza quanto espresso dall'art.28 del d.Lgs. 81/08 e s.m.i. (ovvero che devono essere valutati "tutti rischi"), è innegabile che il tecnostress sia oggi presente nelle nostre organizzazioni e quindi debba essere anch'esso valutato. In linea con la necessità di valutazione, aggiungiamo che già una sentenza del 2007 dello stesso Guariniello riportava che il tecnostress è una nuova malattia professionale e

che nel 2013 il dott. G. Lucibello, direttore generale dell'INAIL, dichiarò: "INAIL è in linea per prevenire le nuove malattie professionali come il tecnostress lavoro correlato".

Tuttavia la valutazione specifica del rischio tecnostress non è prevista nelle principali check list ad oggi utilizzate per la valutazione del rischio stress lavoro correlato, compresa quella dell'INAIL stesso.

Uno dei campi di studio di noi psicologi del lavoro può essere proprio la creazione di tale check list o di altri strumenti di analisi che possano supportare persone e aziende in primis a evolvere nella consapevolezza di questo fenomeno, e successivamente a valutare il tecnostress.

Quale potrebbe essere il ruolo delle aziende? Non solo motori di interesse e preoccupazione per la tutela dei lavoratori, non solo esecutrici di futuri obblighi legislativi specifici che in questa sede auspichiamo, ma anche, in stretta connessione con il ruolo attivante degli psicologi del lavoro, co-protagoniste nell'analisi del fenomeno e delle possibili soluzioni. Ingenuo sarebbe pensare a misure di tipo meramente contenutistico e restrittivo nell'utilizzo delle tecnologie informatiche. Esse divergerebbero dagli obiettivi produttivi delle aziende, già oggi pronte, non senza ottime ragioni, a considerare l'uso massivo delle tecnologie informatiche sul lavoro e le modalità multitasking di comunicazione come un fenomeno crescente sia sociale che lavorativo incontrovertibile. Una campagna di informazione sui rischi connessi e il favorire comportamenti di uso consapevole sono azioni che dovranno affiancarsi e intrecciarsi con accorgimenti tecnici e strategie pratiche, in gran parte ancora da individuare, che consentano una riduzione dei danni derivanti dalla sovraesposizione. In altre parole servirà il contributo delle aziende e il loro know-how (con particolare riferimento a quelle che operano nel settore informatico) e con esso la capacità specifica degli psicologi del lavoro di interloquire e coinvolgere le imprese. In questo senso l'Italia può vantare un illustre precedente: l'invenzione della segreteria telefonica, considerabile un primo dispositivo ante litteram contro il tecnostress, brevettata dall'italiano A. Piovesan nel 1965.

Un intervento, il nostro, per favorire e sostenere l'utilizzo della tecnologia in modo sano, perché possa esserci solo di utilità nel raggiungimento dei nostri obiettivi personali e/o professionali, senza rappresentare un rischio per la nostra salute e sicurezza; rischio che oggi si può definire "Il Rischio di Impresa del terzo millennio".

**P. Dusi, M. Gargioni, M. Schiavetta**  
GdL di Psicologia del Lavoro



## Leggilibri

# LA VERGOGNA

Perché, approfondendo il tema della resilienza, parlare di vergogna? E perché merita approfondire il tema della vergogna? Perché se ne parla pochissimo.

Tutt'al più è oggetto di 'racconti silenziosi' o discorsi non condivisi che, come ci dice Boris Cyrulnik in uno dei suoi volumi più recenti (Codice Edizioni, 2011) dove la elegge a principale sentimento da analizzare, ciascuno terrà nella profondità della propria intimità.

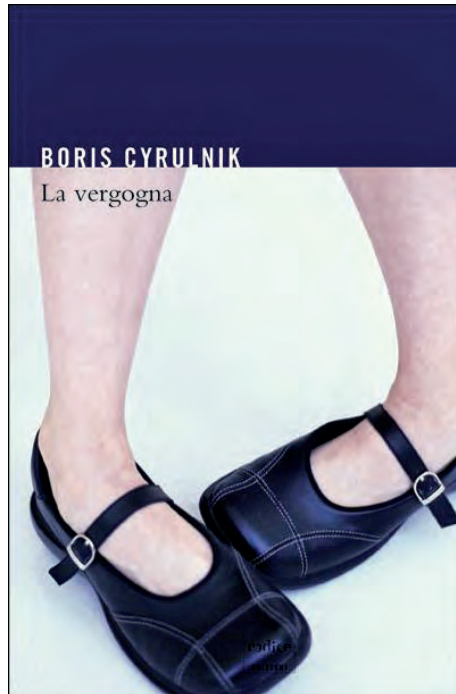
Una vera e propria storia senza parole, un "basso parlante, che mormora in sottofondo un racconto inconfessabile".

Niente più di un bisbiglio, un sussurro; ma anche un sentimento che viene messo in scena nel proprio teatro intimo, di cui non si può parlare per timore di quello che potrebbero dirne gli altri. Un destino che forse può essere anche dominato, non solo subito.

Conoscersi meglio vuol dire comprendere e comprendersi meglio anche esplorando aspetti poco trattati e quindi molto silenziosi, certo, ma non per scelta, più per vergogna.

Il cammino che l'autore intraprende, con questo scritto, appare quasi una discesa in profondità relativamente ad uno specifico aspetto che solo in apparenza appare distante dal contributo autobiografico del suo precedente scritto, *'Autobiografia di uno spaventapasseri'* (2009, cfr. <http://www.giorgiomacario.it/?p=59>), pure dedicato alle strategie per superare le esperienze traumatiche.

Gli apporti conoscitivi e riflessivi connessi all'evoluzione della vergogna nell'uomo, riportati nel volume, sono innumerevoli: resilienti (il sentimento di vergogna che impedisce qualsiasi tentativo di resilienza), psicologici (la psicologia della vergogna) e psicoanalitici; narrativi e biografici (il caso di Marcel adottato all'età di 10 anni, che si vergogna nel non saper rispondere agli slanci affettivi della madre adottiva), ma anche culturali e interculturali (una stessa ferita può dunque sperimentare passaggi di genere diverso a seconda della cultura di accoglienza); sociali, antropologici (in altre civiltà scoperte di recente -1951- presso i *baruya* della Nuova Guinea gli adulteri erano sventrati e il loro fegato strappato messo a seccare su pali piantati nella



piazza del villaggio) ed etnologici (le osservazioni dei comportamenti di Germaine Tillion presso i berberi); etologici e neurobiologici (Neurobiologia di una timidezza acquisita); intersoggettivi ("Guardami quando ti parlo" si richiede in maniera perentoria ad un bambino in occidente, mentre in molte altre culture gli adulti percepirebbero l'affrontarsi degli sguardi come sfacciataggine) e molti altri ancora.

In realtà l'apporto autobiografico sembra respirare sottotraccia in tutti i riferimenti riflessivi, espressi con modalità "razionalmente empatiche" o "empaticamente razionali" che dir si voglia: le riflessioni, le considera-

zioni, le rappresentazioni, ma anche le sofferenze, le vulnerabilità, i traumi ed ancora le reazioni resilienti, i riscatti, le ri-uscite dalla sofferenza, pur supportate da solidi impianti metodologici ed approfondimenti storico-antropologici e scientifici, appaiono permeate da vissuti ed esperienze personali che si avvertono sconfinare.

L'ammissione finale è, questa sì, scopertamente autobiografica: "La narrazione della mia infanzia mi è un po' sfuggita... ho reso pubblica una storia che credevo intima", relativa all'attribuzione della medaglia dei Giusti a Marguerite Lajujie, istituttrice che durante la Seconda Guerra Mondiale si prese cura dell'Autore, mentre i genitori di Cyrulnik morivano durante la deportazione, restituisce una dimensione umana dell'autore di rara limpidezza.

"Dopo la vergogna di essere senza famiglia, di essere stato cacciato dalla società, considerato meno di un uomo, improvvisamente sorprendevo, nello sguardo altrui una curiosità, quasi un'ammirazione che trovavo divertente ed immeritata.

Niente era cambiato nella realtà. Tutto aveva subito una metamorfosi nella loro rappresentazione di questa realtà. E non provavo più vergogna!"

Un percorso dalla vergogna alla fierezza, esente da scorciatoie e ricette semplificanti, che pone un'ulteriore ed importante tessera nel mosaico dell'universo resiliente che Boris Cyrulnik ha contribuito a creare per il progresso dell'umanità.



## Cinema e psicologia

# Otto e mezzo

Guido Anselmi, regista di 43 anni, è alla vigilia di girare un film che credeva di aver chiaro nella mente e che invece nell'applicazione degenera nel caos. La sua è un'età di amari bilanci, di malinconiche riflessioni su se stesso e sul proprio rapporto



con la realtà interna ed esterna che lo induce ad interrogarsi ossessivamente. Da subito si presenta uno screezo fra realtà e sogno, luogo quest'ultimo in cui il regista si rifugia, nei momenti di maggior confusione e disagio. Già dalle prime scene si coglie il conflitto fra costrizione e libertà: il soggetto angosciato è prigioniero nell'abitacolo di una macchina e nessuno sembra accorgersi di lui, segue la liberazione, una liberazione che lo fa salire verso l'alto come privo di peso e che lo costringe ad ancorarsi, tramite una fune, ad una realtà che rischia di perdere. Allo stesso modo, con la stessa antitesi, vengono presentate figure opposte, l'amante interpretata da una sensuale Sandra Milo, arrendevole e nel contempo sciocca, con cui può fare sogni erotici di cui però si vergogna e la moglie, intelligente, severa, sofferente, che prende dei farmaci per dormire, che non desidera e verso la quale prova un senso di colpa. E poi insorgono i ricordi della sua infanzia, le atmosfere sensuali, un clima dove il protagonista è cullato dalla sensibilità e dall'accoglienza delle donne, in fondo Guido sogna ancora quel paradiso perduto infranto da una libido a cui si è contrapposta una morale severa che fa degenerare gli equilibri e che lo caccia dal paradiso terrestre, dall'epoca dell'oro, per renderlo addirittura imputato e condannato con l'infamia della vergogna. Il ricordo dell'innocente scoperta della femminilità (il celebre episodio di Saraghina, interpretato da Edra Gale, la popputa vagabonda che balla sulla spiaggia), viene giudicato dalla morale religiosa e familiare. La scoperta della sessualità è condannata da una specie di tribunale inquisitorio dal quale uscirà stigmatizzato, la madre non sa difenderlo, il suo pianto e la sua disperazione si allineano alla condanna religiosa, il prete che lo confessa gli intima che la Saraghina è il diavolo.

Così intervengono le fantasie ad occhi aperti di purezza: le terme, la misteriosa Cardinale simbolo della bellezza. Il regista si rifugia nella stazione termale dove cerca di prendere tempo rispetto agli impegni della produzione che lo in-

calzano. L'immagine del critico (Super-Io) che rappresenta la sua coscienza e aspira ad una noiosa perfezione rompe l'incantesimo delle terme quando lo richiama verso gli impegni della realtà, nelle immagini successive sognerà di impiccarlo.

Ma proprio nelle terme ritrova la provocazione, un amico, Mario Pisu, accompagnato da una donna giovane molto avvenente, interpretata da Barbara Steel, gli confida in modo ammiccante di aver lasciato la moglie per vivere momenti di grande passione con la giovane amante. Si ripresenta ancora l'enigma: sbarazzarsi della moglie, che nella scena del bacio edipico con la madre ne risulta una prosecuzione o accettarla e riuscire a sbarazzarsi di una capricciosa libido che rappresenta un'illusoria libertà? Guido Anselmi vorrebbe saper scegliere, individuare una strada nitida e chiara in mezzo al caos, la ricerca della Verità è uno dei pochi valori che gli sono rimasti ma che non sa come perseguire. Nel protagonista si alternano momenti in cui prevale il disordine pulsionale a momenti in cui ricade nei suoi schemi morali, una lotta tra le istanze morali, frutto dell'educazione religiosa, familiare e il sogno di una pulsionalità istintiva senza regole, sostenuta dalla complicità delle donne.

Il sogno benefico ritorna quando incalzato dal disagio immagina che l'amante e la moglie, due parti della sua personalità in conflitto si possano conciliare, infine, nella scena dell'harem in cui tutte le donne e le sue parti emotive risultano in pace, ordinate, in una dimensione poetica e artistica in cui l'immaginario stempera le costrizioni della realtà.

**Fulvio Respini**

Psicologo Psicoterapeuta



## Sezione Tavolo Amaltea

# Modello SOStegno Donna

## WeWorld e il Galliera in Pronto Soccorso con le donne vittime di violenza

### Errata Corrigere

Inseriamo in questo numero l'articolo inviato dalla collega Edith Ferrari Tumay, Pronto Soccorso dell'E.O. Ospedali Galliera di Genova, che per errore non è stato inserito nella sezione **Tavolo Amaltea** del numero scorso. Ci scusiamo con gli autori. L'articolo è stato inserito anche nella copia digitale della rivista che assume pertanto la sua veste completa.

Il modello SOStegno Donna promosso da WeWorld in partnership con l'Ospedale Galliera, ha la finalità di incrementare le attività di accoglienza e di presa in carico delle donne vittime di violenza che accedono al P.S.

Un modello di intervento di prevenzione e contrasto del fenomeno della violenza contro le donne che vede la presenza di due psicologhe-psicoterapeute all'interno dello sportello SOStegno Donna presso il PS dell'Ospedale Galliera.

La collaborazione tra WeWorld e il Galliera nasce e

sviluppa ulteriormente l'esperienza già maturata all'interno del PS dell'ente ospedaliero con il **Progetto Ginestra** operativo da sei anni.

Il modello SOStegno Donna prevede un percorso clinico ed assistenziale mediante un intervento interdisciplinare (infermiere, medico, psicologa) per le vittime di maltrattamenti psicologici e/o fisici e/o sessuali ripetuti nel tempo e perpetrati all'interno di rapporti intimi, familiari e amicali.

Il modello riguarda la **violenza relazionale** che spesso è silenziosa ed invisibile, confonde ed intreccia aspetti affettivi ed aggressivi/invasivi, provocando l'umiliazione e l'annullamento della libertà di essere, di esprimersi, di crescita, così come l'individualità della persona che ne è vittima.

Il personale ospedaliero oltre a verificare l'entità dei danni fisici subiti dalla donna è anche formato ad un ascolto sensibile necessario a individuare i traumi del corpo che celano traumi di natura psicologica/emotiva.

Infatti, nei casi in cui la violenza viene negata è il corpo





## Sezione Tavolo Amaltea

### ➔ Modello SOSstegno Donna



che parla per primo, attraverso i segni che la violenza lascia.

Le psicologhe vengono chiamate dall'infermiere al momento del triage prima della visita o subito dopo la visita medica in tutti quei casi in cui c'è stata violenza o c'è una violenza sospetta.

Le psicologhe svolgeranno un colloquio dopo l'accesso in PS, la donna pertanto è in un momento di particolare vulnerabilità, spesso ancora non sa né che cosa riferire rispetto a ciò che le è accaduto né quale sia la funzione del colloquio che sta per svolgere.

Risulta importante presentare alla donna il servizio che lo sportello SOSstegno Donna vuole svolgere e domandare se è interessata ad usufruirne; in alcuni casi è necessario dare appuntamento in un giorno successivo.

Per la donna svolgere il colloquio è un diritto non un dovere.

Fondamentale è stare in ascolto, non avere subito delle soluzioni pronte all'uso (a parte nei casi particolarmente

gravi per il pericolo di recidiva) né degli obiettivi da raggiungere (p.e. forzare una eventuale denuncia).

Tutto ciò che la psicologa ritiene utile fare, come contattare eventuali Servizi territoriali, e/o che si devono fare, come la segnalazione al Tribunale Ordinario e/o Minorile, deve essere comunicato alla paziente, in modo tale da evitare che la donna si senta ancora una volta costretta o ingannata.

Dopo il primo colloquio in PS la psicologa valuta l'opportunità di proseguire per altri incontri (di norma 8) nei quali, a partire dal trauma riportato, si approfondiranno le dinamiche della relazione violenta, le modalità della donna di affrontarle, le sue risorse, la sua implicazione soggettiva in ciò che le sta accadendo.

La finalità del lavoro clinico è offrire la possibilità alla donna di rielaborare i vissuti traumatici in modo da poterli integrare nella propria storia personale in forme e rappresentazioni connotate affettivamente.

Nel racconto delle donne, si evince un appiattimento del vissuto, un'incapacità di mentalizzare e simbolizzare che invalida non solo le funzioni del pensiero, ma le stesse possibilità dell'ascolto psicologico, teso a favorire un percorso di autonomia del soggetto, ciò ci rimanda in particolare, come corrispettivo teorico e clinico, a quella parte delle considerazioni freudiane che indaga le forme della distruttività, della ripetizione nello psichico e della pulsione di morte. Il percorso con le donne include l'attivazione della RETE antiviolenza territoriale.

**Edith Ferrari Tumay • Luisa Marchini**

Psicologhe-psicoterapeute presso  
il Pronto Soccorso dell'E.O.  
Ospedali Galliera di Genova

**Paolo Cremonesi**

Direttore S.C. Medicina e  
Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

**Agnese Schena**

Collaboratrice amministrativa  
progetto SOSstegno Donna,  
Pronto Soccorso dell'E.O.  
Ospedali Galliera di Genova



## Eventi e notizie

# La psicoterapia centrata sulla genitorialità

## Applicazioni cliniche nel periodo perinatale

Sabato 10 settembre in una affollata sala riunioni dell'Ordine degli Psicologi si è svolto il seminario della professoressa Dora Knauer sul modello della psicoterapia centrata sulla genitorialità (PCP).

Molti gli aspetti interessanti legati a questa metodologia che si è sviluppata a Ginevra, avvalendosi di un approccio empirico e di studi

longitudinali compiuti su casi seguiti per oltre vent'anni e alla tecnica che ad essa si associa, efficace nel diminuire la sintomatologia del bambino e nell'elaborare le conflittualità intrapsichiche dei genitori che vengono ad acutizzarsi quando vivono il lutto di non essere più solo figli.

Innanzitutto coloro che mirano a divenire terapeuti della genitorialità, ci ha esortato la Knauer, devono diventare "genitori" dei loro pazienti e lavorare sui fantasmi del passato, non per ritrovare le storie personali di mamma e papà, ma piuttosto per agire sullo spazio relazionale madre/padre e bambino, proponendosi come lo ausiliario per sostenere la relazione.

Fin dalle prime preziose ore di vita, il bebè guarda il mondo che lo circonda con interrogativi e comincia ad essere filosofo nel pensare. La sua psiche è in contatto con gli aspetti fantasmatici della mente della madre e, per questo, il lavoro di interrogazione su chi accudisce il bambino è fondamentale per attribuire senso.

Ma come può il bebè arrivare alla sua soggettivazione? Come fare per fargli usare le sue proprie capacità di astrazione? Le operazioni di astrazione si effettuano a partire dalla sensorialità (tatto, gusto, olfatto, udito e vista in ordine di formazione strutturale) e avvengono già nella vita intrauterina. La co-regolazione sensoriale tra madre e bambino prima e poi tra madre/padre e bambino permette lo scambio; lo sviluppo del bambino è favorito al meglio se c'è co-regolazione tra le sue motivazioni e le richieste-



aspettative genitoriali.

Quattro sono gli scenari della genitorialità proposti nel modello PCP: **Genitorialità "Normale"** nella quale prevale l'immagine di un bambino amato da genitori capaci di offrire buone limitazioni educative; **Genitorialità Nevrotica** dove sono presenti identificazioni proiettive empatiche ma costrittive, oppure complementari e idealizzate, compensa-

torie delle mancanze genitoriali; **Genitorialità Masochistica** nella quale il bambino è vissuto come difficile e faticoso e i genitori rivivono la propria esperienza di figli che non hanno rispettato e soddisfatto i propri genitori; **Genitorialità Narcisistica**, la più complessa e resistente al trattamento, nella quale prevalgono identificazioni proiettive deformanti ed evacuatrici su un bambino vissuto come avido e ostile. A conclusione della mattinata, è stato proiettato un video di approfondimento che mostrava l'applicazione diretta della metodologia, attraverso la tecnica ad essa associata, su un caso complesso di Genitorialità Masochista.

Attraverso le immagini è stato possibile osservare direttamente la professoressa durante i colloqui con una mamma e la sua bambina e apprezzare sia la modalità di raccolta dei dati clinici sia la scelta degli elementi psicologici da trattare.

Il pomeriggio è poi proseguito con due supervisioni di casi clinici riguardanti entrambi una Genitorialità di tipo Nevrotico, proponendo ai partecipanti riflessioni su temi di grande attualità nell'ambito perinatale: maternità multiple, fecondazioni mediche assistite, nascite premature, coppie genitoriali omosessuali. Alla discussione di uno dei due casi clinici si è affiancata la logopedista intervenuta nella fase di riabilitazione del caso, consentendoci una visione preziosa dell'intervento multidisciplinare nella prima infanzia e un vivace dibattito conclusivo.

Il tutto è avvenuto in un clima disteso di condivisione e as-



## Eventi e notizie

### ➔ La psicoterapia centrata sulla genitorialità

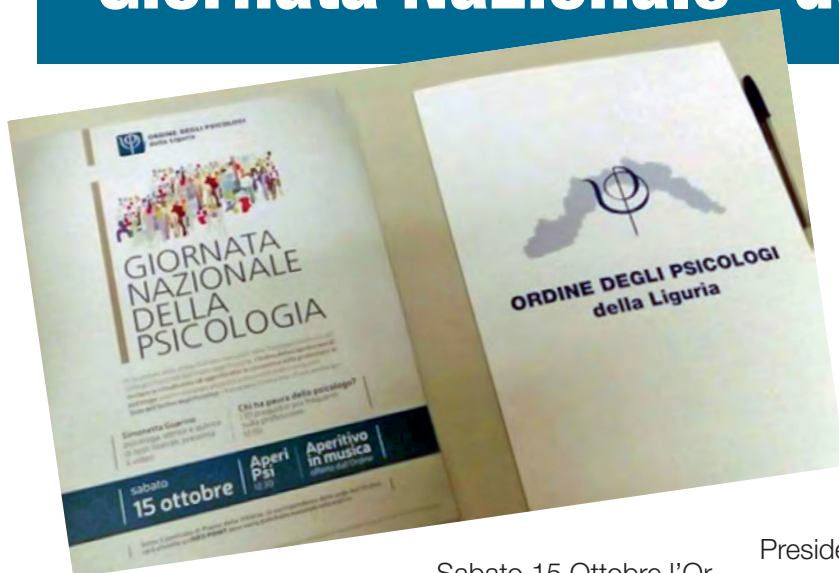
senza di giudizio, aspetti non scontati in una supervisione allargata, garantito dallo stile didattico della professoressa Knauer che ringraziamo ancora per la professionalità e la disponibilità offerta.

Per chi desiderasse approfondire l'argomento il riferimento bibliografico è: A cura di Nathalie Nanzer, *Manuale di psicoterapia centrata sulla genitorialità*, Raffaello Cortina Editore, 2016, Milano.

*Laura Pecori*



# 15 ottobre, evento nell'ambito della Giornata Nazionale della Psicologia



Sabato 15 Ottobre l'Ordine ha celebrato la **Giornata Nazionale della Psicologia**, con un evento che ha visto la partecipazione di numerosi colleghi e cittadini. L'iniziativa è nata con l'intento di creare una maggiore vicinanza tra la psicologia e la cittadinanza e di ridurre la diffidenza e i pregiudizi di cui ancora oggi è vittima la nostra professione.

La giornata ha avuto avvio con la presentazione della referente per la deontologia, dott.ssa Callero, del Codice Deontologico in formato libretto, realizzato dal Consiglio per essere distribuito a tutti i colleghi come strumento guida per il lavoro e segno distintivo della nostra professionalità.

A testimonianza della centralità dell'etica nella professione si è tenuta anche l'annuale celebrazione dell'Impegno Solenne, cerimonia che vede i nuovi iscritti assumere pubblicamente le loro responsabilità di fronte ai colleghi e alle istituzioni, impegnandosi al rispetto del codice deontologico.

Alcuni Gruppi di lavoro hanno poi presentato le aree di pratica professionale, ponendo l'accento sulla psicologia come promotrice di benessere e salute nei diversi ambiti di vita delle persone.

La giornata si è conclusa con la presentazione dello spot "Chi ha paura dello psicologo?", realizzato dall'attrice e psicologa Simonetta Guarino per smascherare con simpatia i dieci luoghi comuni più frequentemente accostati alla professione, traendo spunto dalle cartoline sui pregiudizi realizzate da Luca Mazzucchelli, Vice

Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia (è possibile visionare il video spot sul canale youtube dell'Ordine al seguente indirizzo: <https://www.youtube.com/watch?v=P8hNpoSCP4w>).

Nel corso della mattinata è stato allestito un info point sotto la sede dell'Ordine, con materiale divulgativo a disposizione della cittadinanza.

L'evento si è concluso con un aperitivo in musica offerto a colleghi e cittadini. In parallelo è stato inoltre allestito un percorso interattivo per dare l'opportunità ai visitatori di scoprire quanto sia articolata la Psicologia, "proponendo poster tematici a cura dei GdL su alcune aree professionali", distribuendo materiale informativo e rispondendo agli eventuali dubbi, curiosità e domande.

Grande è stata la soddisfazione per l'interesse mostrato dai visitatori e per il successo ottenuto.

*Marta Viola  
Lara Belloni*





## Eventi e notizie

# Festival della Scienza. Open-day dell'Ordine



L'Ordine degli Psicologi della Liguria ha preso parte alla quattordicesima edizione del Festival della Scienza, tenutasi a Genova dal 27 ottobre al 6 novembre 2016 con il titolo "Segni", aprendo ancora una volta le porte della propria sede ai cittadini.

Nato da un'idea della dott.ssa Valentina Guiducci, condivisa e sostenuta dall'intero Consiglio, il 5 novembre l'incontro "Segni e psicologia: quale relazione?" ha visto alternarsi in una Tavola Rotonda professionisti iscritti al nostro Ordine, che hanno proposto interessanti riflessioni sul tema della relazione, appunto, tra i segni e la psicologia, all'interno dei vari ambiti della nostra disciplina, che po-

tessero interessare da vicino i non addetti ai lavori. Si è parlato in particolare della Psicologia delle relazioni di coppia, della Psicologia della comunicazione, di Psicologia dell'invecchiamento, di Psicossomatica, di Psicologia dell'età evolutiva e Psicologia del lavoro. In parallelo è stato inoltre allestito un percorso interattivo per dare l'opportunità ai visitatori di scoprire quanto sia articolata la Psicologia, distribuendo materiale informativo e rispondendo agli eventuali dubbi, curiosità e domande. Grande è stata la soddisfazione per l'interesse mostrato dai visitatori e per il successo ottenuto.

**Gabriele Schiaffino**



## Eventi e notizie

# Il ruolo dell'emozione nel pensiero e l'effetto dell'incuria emotiva

Anne Alvarez, 23 Settembre 2016



La mattina di venerdì 23 settembre, presso la sala conferenze dell'Istituto Nautico, Anne Alvarez ha letto il suo ultimo lavoro in cui esplorava ulteriormente il ruolo dell'emozione nello sviluppo del pensiero, richiamando la nostra attenzione sull'effetto dell'incuria emotiva.

L'incuria emotiva è un fenomeno generalmente più difficile da rilevare rispetto al maltrattamento e all'abuso ma non per questo il suo effetto può essere meno devastante per lo sviluppo emotivo e cognitivo.

Dopo la *lectio magistralis*, nel pomeriggio Anne Alvarez ha discusso un caso clinico da lei portato con i colleghi presenti in aula. Nel fare questo Alvarez è stata coadiuvata da un piccolo gruppo di discussione formato da Antonella Rava, Maria Paola Ferrigno e Luca Panarello, rappresentanti rispettivamente del Centro Psicoanalitico Genovese, dell'A.I.P.P.I. e del Gruppo di Lavoro di Psicologia dello Sviluppo presso l'Ordine degli psicologi.

La presenza di queste sigle, a cui si aggiunge il Centro

Studi Martha Harris di Savona, da me rappresentato durante la mattina, si spiega in quanto questo evento è stato possibile grazie alla collaborazione tra l'Ordine degli Psicologi della Liguria in collaborazione con queste importanti associazioni psicoanalitiche presenti sul territorio ligure.

Si potrebbe dire che la spinta evolutiva verso l'integrazione (in senso kleiniano) sia in grado di produrre cultura psicoanalitica.

Già lo scorso anno, grazie alla collaborazione di queste tre associazioni, era stato possibile avere a Genova Gianna Polacco che in quell'occasione aveva tenuto una conferenza, patrocinata dall'Ordine, sul difficile e complesso lavoro con bambini di strada.

Non si può che auspicare che questa collaborazione sia solo agli inizi.

**Marco Morando**

## Incontro con Mario Ponari

L'avvocato Mario Ponari, Consulente del Cnop in materia di trattamento di dati personali, ha illustrato i riferimenti normativi, gli obblighi e gli adempimenti relativi al trattamento dei dati personali per gli psicologi libero professionisti, dipendenti pubblici o del privato sociale.

Il seminario è stato un'occasione di confronto su alcune aree della nostra pratica professionale, alla luce delle

regole stabilite dal Codice Deontologico degli Psicologi italiani; sono stati infatti illustrati alcuni principi cardine nel nostro agire professionale, soprattutto quando ci troviamo a compiere delle scelte.

**Giuliana Callero**

Referente Deontologia  
Ordine Psicologi



## Eventi e notizie

# Profili giuridici e deontologici del consenso

Nell'esercizio della propria professione, lo psicologo è chiamato a confrontarsi con tutta una serie di norme dalla cui applicazione può trarre vantaggio.

Sotto questo profilo, il professionista do-

vrà per esempio adeguarsi alla aumentata consapevolezza del paziente circa i propri diritti, il proprio patrimonio informativo e la propria riservatezza, valori il cui rispetto diventa fondamentale per lo psicologo.

Data la vastità delle tematiche coinvolte, in questa sede ci si limiterà esclusivamente a delle riflessioni sul consenso, inteso come "qualsiasi manifestazione di volontà **libera, specifica ed informata** con la quale la persona interessata accetta che i dati personali che la riguardano siano oggetto di un trattamento" (Dir. 95/46/CE).

Va in primo luogo sottolineata la differenza tra il consenso informato di cui all'art.24 del codice deontologico degli psicologi italiani ed il consenso al trattamento dei dati personali di cui all'art.23 d.lgs 196/03 (Codice Privacy).

Nel primo caso il consenso è presupposto di legittimità della prestazione sanitaria, così come previsto dall'art.32 Cost.

Lo psicologo dunque "nella fase iniziale del rapporto professionale" dovrà fornire al paziente "informazioni adeguate e comprensibili circa le sue prestazioni, le finalità e le modalità delle stesse, nonché circa il grado e i limiti giuridici della riservatezza".

"Pertanto opera in modo che chi ne ha diritto possa esprimere un consenso informato" (Art.24 C.D.).

Nel secondo caso il consenso, riconducibile normativamente all'art.23 del Codice Privacy, riguarda invece le finalità della raccolta, le modalità di trattamento e di conservazione del dato del paziente.

Anche in questa circostanza il consenso deve essere preceduto da una "informativa" nella quale il professionista dovrà illustrare al paziente, tra l'altro, i limiti di diffusione dei dati che lo riguardano, fornire garanzie sul corretto trattamento e la conservazione.

È bene ricordare a questo proposito, che un valido consenso può essere prestato solo da soggetti capaci di in-



tendere e volere, dotati cioè della capacità di porre validamente in essere atti idonei a incidere sulle proprie situazioni giuridiche che per l'ordinamento giuridico italiano si acquista al compi-

mento del diciottesimo anno di età.

Bisogna dunque prestare molta attenzione al consenso prestato dai genitori per conto di un minore.

La recente modifica dell'art.334 c.c. ha infatti introdotto il principio secondo il quale, salvo che non sia diversamente stabilito, "Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione, alla **salute** (...) sono assunte di comune accordo" **anche in caso di genitori separati, divorziati o non conviventi**.

Per le questioni attinenti alla semplice organizzazione della vita quotidiana, la responsabilità genitoriale potrà invece essere esercitata disgiuntamente da ciascuno dei genitori.

È opportuno precisare in proposito che la responsabilità genitoriale non viene meno neanche in caso di affidamento esclusivo ad uno dei genitori, a meno che nel provvedimento giudiziario non sia specificato che l'affidatario possa prendere in esclusiva **anche** le decisioni di maggiore interesse per i figli. Si parla in questo caso di affidamento super esclusivo. In conclusione, dato che gran parte delle violazioni deontologiche derivano dalla violazione dell'art.31 secondo cui "le prestazioni professionali a persone minorenni o interdette sono, generalmente, subordinate al consenso di chi esercita sulle medesime la potestà genitoriale o la tutela" non sembra superfluo precisare che:

- lo psicologo potrà assistere il minore solo con il consenso scritto di entrambi i genitori;
- in alternativa con il consenso di uno solo dei genitori, unitamente ad un provvedimento giurisdizionale che gli assegni in via esclusiva anche la scelta relativa ai provvedimenti di maggior interesse;
- al compimento della maggiore età il paziente (non più minore) dovrà comunque essere chiamato a prestare un nuovo consenso.



## Eventi e notizie

# Raccomandazioni per gli interventi psicologici nelle farmacie

[www.ordinepsicologiliguria.it](http://www.ordinepsicologiliguria.it) • [www.ordinefarmacistigenova.it](http://www.ordinefarmacistigenova.it)

Lunedì 24 ottobre 2016 l'Ordine degli Psicologi della Liguria e l'Ordine dei Farmacisti di Genova, in collaborazione con Federfarma Genova, hanno presentato le "Raccomandazioni per gli interventi psicologici nelle farmacie" elaborati dai rispettivi gruppi di lavoro.

La presentazione di queste linee guida si inserisce nel-

l'ambito di lavoro del farmacista.

Nelle "raccomandazioni", che sono pubblicate sul nostro sito, vengono indicate le principali finalità della collaborazione: promuovere e diffondere i principi del benessere psicofisico, fornire ascolto, orientare la persona rispetto alla possibilità di un eventuale sostegno (sia pubblico sia



l'ambito dell'iniziativa "Lo psicologo in farmacia" già sperimentata con successo in molte città italiane e supportata da alcuni Ordini Professionali tra i quali: Friuli Venezia Giulia, Campania, Piemonte, Veneto ecc... che hanno siglato negli anni protocolli d'intesa e/o raccomandazioni per sostenere gli iscritti nei progetti proposti, anche nel rispetto dell'etica e della deontologia professionale.

Il punto di partenza è stato il riconoscimento della farmacia come "casa della salute" e non solo come luogo dispen-

privato) e far conoscere i servizi presenti sul territorio, proporre attività di educazione sanitaria con conferenze informative sui temi della salute rivolte ai farmacisti e/o clienti della farmacia.

Un esempio di educazione al benessere psicofisico è rappresentata dai cicli di incontri su argomenti di promozione della salute che compongono il "Calendario del benessere psicologico in farmacia" così come sperimentato con successo in altre Regioni Italiane.



## Eventi e notizie

# Lo psicologo in farmacia: un'esperienza in Liguria

Negli ultimi anni si è sentito molto parlare di progetti di collaborazione tra Psicologi e Farmacie, spesso senza la necessaria chiarezza rispetto ad obiettivi e metodi.

Dal lavoro svolto all'interno del Gruppo di Lavoro di Psicologia Clinica Psicosomatica e Psicologia della Salute è emersa sempre di più la necessità di fornire un

modello, che potesse aiutare noi professionisti ad operare una collaborazione efficace sia per le farmacie che per l'utenza. A partire da questo bisogno sono state delineate alcune linee guida che sono state presentate il 24 ottobre scorso, frutto dei dati raccolti dal sondaggio sviluppato dal Gruppo nel 2015 e dalle esperienze provenienti da altre regioni che, seppure in modi diversi, evidenziano l'utilità di un intervento clinico di primo livello e dei programmi di Educazione sanitaria che le Farmacie possono erogare (legge 69/09) al fine di promuovere una Cultura della Salute.



Per approfondire ci sembra utile provare a descrivere la nostra esperienza che, sebbene non abbastanza estesa da rappresentare quest'area di intervento, può offrire uno spunto di riflessione sulle potenzialità e le criticità di questo tipo di lavoro.

Il servizio è stato inquadrato a partire dalle raccomandazioni elab-

orate dal gruppo di lavoro dell'Ordine, nell'ottica della promozione del benessere psico-fisico e della prevenzione primaria e secondaria.

La collaborazione, attiva da circa un anno e mezzo sul territorio genovese, è stata avviata, dopo un primo contatto, con la presentazione di un progetto scritto per rendere più chiari obiettivi e tipologia del servizio.

In particolare si è cercato di sottolineare l'importanza dei principi del **Codice Deontologico degli Psicologi Italiani**, soprattutto in materia di privacy e rispetto del setting, in



### ➔ Raccomandazioni per gli interventi psicologici nelle farmacie

Altri punti considerano il rispetto di un "setting" appropriato e l'impegno degli Ordini a garantire che i propri iscritti agiscano sempre a tutela del decoro e della privacy, a garanzia di un servizio svolto secondo i principi del Codice Deontologico degli Psicologi italiani e dei Farmacisti e nel rispetto della privacy delle persone che fruiscono delle prestazioni psicologiche; la gratuità della prima consulenza individuale e di tutte le iniziative riguardanti l'informazione e l'educazione alla salute psicologica.

L'Ordine degli Psicologi della Liguria e l'Ordine dei Farmacisti di Genova si propongono di avviare momenti di formazione/monitoraggio per gli Psicologi e Farmacisti che già svolgono o intendono svolgere collaborazioni, al fine

di raccogliere contributi utili al miglioramento e all'efficacia dei servizi forniti alla comunità attraverso tale collaborazione.

Con questa iniziativa l'Ordine degli Psicologi della Liguria rimarca la propria volontà di stare tra i cittadini e di abitare i contesti per promuovere il benessere psicologico e un'idea di salute che non va intesa solo come assenza di malattia, bensì come uno stato di equilibrio tra le componenti bio-psico-sociali.

**Mara Donatella Fiaschi**

Gdl Psicosomatica e Psicologia della salute



## Eventi e notizie

### → Lo psicologo in farmacia

modo da tutelare gli utenti, la farmacia e i professionisti stessi. L'intervento si è configurato secondo due modalità: uno sportello d'ascolto e di consulenza psicologica, volto ad orientare e sostenere la persona, e giornate d'informazione rispetto a tematiche di salute specifiche e di alcuni disturbi psicopatologici, volte ad incrementare la conoscenza della popolazione.

Per quanto riguarda lo sportello d'ascolto è stato proposto un primo colloquio gratuito all'interno di uno spazio adeguato fornito dalla farmacia.

Questo ha permesso di orientare la persona rispetto alla problematica espressa, considerando anche un eventuale invio a colleghi e servizi.

Nei casi in cui si è concordato il proseguimento del percorso psicologico, si sono proposti quattro colloqui a tariffa agevolata in accordo con la farmacia, ma questa volta in studio secondo le modalità comunemente utilizzate nell'ambito dell'attività privata.

Per quanto riguarda le giornate a tema, sono state proposte tre tipologie di eventi in base alle osservazioni condivise con il personale della farmacia e si è deciso di dedicarne due agli anziani e una ai genitori e caregivers di bambini in età prescolare.

I destinatari di tale progetto sono stati i clienti della farmacia, gli abitanti del quartiere e tutta la cittadinanza, con l'obiettivo di avvicinare al servizio di ascolto la popolazione che solitamente non usufruisce di alcun intervento psicologico e favorire l'emergere dei bisogni legati all'individuo e alla comunità.

La risposta della popolazione è stata buona: non si tratta di grandi numeri, ma più che altro dell'interesse verso un servizio che rende più immediata e semplice la richiesta di aiuto, la conoscenza di tematiche psicologiche e si



configura come intervento psicosociale sul territorio.

Attualmente il progetto è in fase di ampliamento con nuove collaborazioni, in diverse zone della città e nuove modalità di intervento.

Già in questo anno comunque, si è potuto constatare quanto la farmacia possa essere utilizzata come spazio di primo incontro con figure di aiuto, un luogo in cui le persone possano sentirsi più a loro agio nel ricercare il contatto con uno psicologo.

Inoltre la possibilità di calibrare gli interventi delle giornate informative in base alle esigenze sentite direttamente sul territorio, è stata sicuramente una buona occasione di riflessione sulla nostra professionalità e sui modi in cui essa può coniugarsi.

Le maggiori difficoltà sono state riscontrate invece rispetto alla complessità della promozione del servizio e le modalità di invio effettuate che devono essere maggiormente concordati in dettaglio con farmacisti e personale.

Alla base delle difficoltà quindi, si evince una scarsa conoscenza del ruolo e del lavoro che uno psicologo svolge. Per il futuro è auspicabile un confronto più formale tra le parti che permetta di chiarire le possibilità e le modalità del servizio.

In questo modo sarà possibile rendere chiaro anche alla popolazione l'importanza di un intervento precoce e fornire una base per la promozione di una Cultura della Salute comune.

**Elisa Carrozza**

psicologa-psicoterapeuta i.f.

**Federica Seta**

psicologa-psicoterapeuta i.f.

*L'Ordine degli Psicologi  
della Liguria augura*

*Buone Feste*

*e*

*un sereno 2017*



# Save the date 2017

Per maggiori informazioni consultare il sito web o le mail provenienti dalla segreteria

- |                    |  |
|--------------------|--|
| <b>21 Gennaio</b>  | <p>Convegno con ISABEL FERNANDEZ<br/> <b>Il ruolo del trauma nella salute mentale e fisica</b><br/> <b>Il contributo della terapia E.M.D.R.</b><br/>         in collaborazione con EMDR Italia</p> |
| <b>18 Febbraio</b> | <p>Convegno NUOVI MODELLI DI CURA<br/> <b>Prevenzione e terapie non farmacologiche e integrate della sofferenza e dei disturbi psichici</b><br/>         in collaborazione con SIPNEI e UNIGE</p>  |
| <b>1 Aprile</b>    | <p>Seminario con FRANCO LOLLI<br/> <b>Prima di essere io. Il vivente, il linguaggio, la soggettivazione</b><br/>         in collaborazione con ALIPSI</p>  |
| <b>19 Maggio</b>   | <p>Incontro con <b>OTTO KERNBERG</b></p>   |
| <b>Maggio</b>      | <p>Convegno <b>ADOLESCENTI E WEB</b><br/>         in collaborazione con Distretto Sociosanitario 10</p>  |

Ti invitiamo a inviare il tuo indirizzo mail personale a [segreteria@ordinepsicologiliguria.it](mailto:segreteria@ordinepsicologiliguria.it) per ricevere ogni mese la newsletter degli eventi e ogni altra informazione sulla professione. Comunica inoltre il tuo indirizzo di posta ordinaria aggiornato per ricevere il giornale dell'Ordine direttamente a casa tua.

## Orario apertura segreteria

Lunedì	10 - 13
Martedì	10 - 14
Mercoledì	14 - 18
Giovedì	10 - 14

## Contatti utili

<b>Segreteria:</b>	<a href="mailto:segreteria@ordinepsicologiliguria.it">segreteria@ordinepsicologiliguria.it</a>	010 541225
<b>Presidente:</b>	<a href="mailto:presidente@ordinepsicologiliguria.it">presidente@ordinepsicologiliguria.it</a>	
<b>Segretario:</b>	<a href="mailto:segretario@ordinepsicologiliguria.it">segretario@ordinepsicologiliguria.it</a>	
<b>Referente per la deontologia:</b>	<a href="mailto:callero@ordinepsicologiliguria.it">callero@ordinepsicologiliguria.it</a>	329 6129228

*Chi volesse sottoporre articoli per eventuali pubblicazioni può inviare testi a [redazione@ordinepsicologiliguria.it](mailto:redazione@ordinepsicologiliguria.it). Il materiale inviato non viene restituito e la pubblicazione degli articoli non prevede nessuna forma di retribuzione.*

## Psicologi e Psicologia in Liguria

**GIORNALE DELL'ORDINE DEGLI  
PSICOLOGI DELLA LIGURIA**

n. 3 anno IX Dicembre 2016

Chiuso in redazione il **30-11-2016**

REDAZIONE:

**Ordine degli Psicologi della Liguria**  
 Piazza della Vittoria 11/b piano ammezzato  
 16121 Genova

telefono 010.541.225 - fax 010.541.228  
[segreteria@ordinepsicologiliguria.it](mailto:segreteria@ordinepsicologiliguria.it)  
[redazione@ordinepsicologiliguria.it](mailto:redazione@ordinepsicologiliguria.it)  
[www.ordinepsicologiliguria.it](http://www.ordinepsicologiliguria.it)

Direttore Responsabile: Lisa Cacia  
 Direttore Editoriale: Alessandra Brameri  
 In redazione: Lara Belloni, Cristina Radif,  
 Gabriele Schiaffino, Marta Viola

Registrato il 7 marzo 2001  
 presso il Tribunale di Genova al n° 13

Stampa: TIPOGRAFIA SANT'ANNA  
 via Madre F. Rubatto, 12-16 r. - 16124 Genova  
 tel. 010 2514274

L'organico della redazione ha subito un nuovo cambiamento per adeguarlo alle nuove esigenze dell'intensificazione dell'attività. È entrata a far parte del team che si occupa della rivista ordinistica Marta Piccoli.