

Editorial

R. Carli*

Terror. A word that occurs all too often in the speeches of people, in the language of the mass media, the imagination of individuals. Terror: a term that Carlo Ginzburg, in his important work for a current revision of Hobbes (2008), defines it as: “a feeling that inextricably mixes fear and awe” (p. 39). We will come back to it.

Ginzburg published the work cited in 2008, in an accurate, elegant but limited edition, with a peripheral publisher, Monte Università Parma Editore (MUP). The same essay was then added to an excerpt of the same Ginzburg (2015), recently published under the same title of the former by Adelphi. In the introduction of this larger contribution on the emotions of fear, awe and terror, Ginzburg proposes an analysis of the notion of *Pathosformel* (formula of pathos) developed by Aby Warburg. Let’s read together some considerations from Ginzburg:

In published essays Warburg sparingly used the term *Pathosformel*. He returned on it almost obsessively within the vast mass of notes that accumulated over the years. Inspired by the research of linguist Hermann Osthoff on the primitive character of superlatives, Warburg compared depictions of certain gestures, quotable as formulas, with verbal superlatives, namely “primal words of passionate gesticulation.” Among the features of these “primordial words” there was, according to Osthoff, ambivalence: an element that Warburg extended to *Pathosformeln*. Ancient emotional gestures were reused in the art of the Renaissance with overturned meaning. An example of this “reversed energy” (a term by Warburg) is Mary Magdalene portrayed as a maenad in the *Crucifixion* of Bertoldo di Giovanni, the Florentine modeller disciple of Donatello: an image that comes back twice, in full form and as a detail, in the atlas of Mnemosyne, on which Warburg worked at the end of his life (2008, pp. 12-13).

Let’s observe the *Crucifixion* of Bertoldo di Giovanni, a bronze plate of the fifteenth century, in the Museum of the Bargello in Florence. You will notice the semantic inversion of the *pathos* formula of suffering: the orgiastic reverence as a model for the mournful despair (Mary Magdalene as “Maenad under the Cross”). Magdalene is represented in the female figure standing on the left, in the act of embracing the Cross.



* Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psychology 1 of the University “Sapienza” in Rome, Member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association, Director of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Director of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand.

An example of dancing Maenad is to be found in the Musei Capitolini in Rome:



Ginzburg aims at making sense of this “reverse energy” Warburg found in the Renaissance art, where emotional gestures of ancient art were reproduced, although with “overturned meaning”. He does it, for example, by remembering the influence on Warburg by Charles Darwin, from what he wrote in the book “The Expression of Emotions in Man and Animals”; a book – according to our Author – Warburg read at a young age. Ginzburg cites an extract of Darwin’s, to emphasize the importance on the work of Warburg:

But any interpretation must take into account a fact surprisingly undisclosed by Warburg’s scholars: that Darwin, in the chapter on contiguity between emotional extremes, such as spasmodic laughing and crying, cited in a footnote Reynolds’ passage already mentioned: “it is strange to observe, and it is undoubtedly true that the extremes of opposing passions are expressed, with minor variations, by the same action”. Commenting: “He [Reynolds] cites as an example the delight of a frenzied bacchante and the pain of Mary Magdalene”. Those five lines of Darwin enlightened in Warburg’s mind a forty years period pondering. In those lines there has been an attempt to see expressed, *in essence*, the notion of the “pathos’formula” (*Pathosformel*), with all its implications: on the one hand the relationship with the old, on the other hand the “reverse energy” which transforms the frenzy of the ecstatic bacchante in the frenzy of sorrow of Mary Magdalene. But this is an illusory retrospective: the seed does not explain the tree. It is eloquent that Warburg has been waiting almost twenty years before introducing the notion of *Pathosformel* publicly.

Over a quarter-century Warburg’s mind had swing between two opposite directions. The wealth of his work, published and unpublished, is born right here: the unresolved tension between the historical and the morphological, summed up in the conflict between the diagram that condenses the sensational deciphering of the frescoes of Schifanoia and juxtaposed images mediated by the contiguity and dissonances in the tables of Mnemosyne (2008, pp.15-16).

Let’s see what Warburg (1912) himself says in his “deciphering” work of the frescoes of Palazzo Schifanoia in Ferrara:

In essence, the matter is: what is the meaning of the influence of the Ancient on the artistic culture of the Renaissance?

About fifteen years ago, in Florence, an idea disclosed to me that the influence on the Ancient secular painting of the fifteenth century, especially on Botticelli and Filippino Lippi, manifested itself through a stylistic change of the human figure through a heightened mobility of body and clothes, inspired by models of visual art and ancient poetry. Later, I could witness that the genuine superlatives of the ancient mimic language had at the same time in an equal way similarly stylized the rhetoric musculature of Pollajuolo. But above all that the mythical pagan world of the young Dürer – from *Death of Orpheus* to *The great jealousy* – ultimately owed the dramatic force

of its expression to purely greek “formulas of pathos” that had survived, and that the artist had translated from northern Italy (p.84).

In regards to Ginzburg’s proposal on Warburg and his “formulas of pathos”, we shall go no further; also in regards to what Warburg says in one of his most famous iconological works, the iconological analysis of the deans present in the frescoes of the hall of months, painted in the period 1469-70 by Borso d’Este. Frescoes attributed by some to Cosmé Tura, by others, perhaps a more accredited attribution, to Francesco Del Cossa. Ancient images influence images of the early Renaissance, although transformed in reference to the emotions that these images want to express.

There’s talk of “overturned meaning”, “reversed energy”, of ambivalence. Ginzburg speaks literally of “reversed energy” which turns the *ecstatic frenzy* of the bacchante in the *frenzy of sorrow* of Mary Magdalene. One may wonder about the difference between “ecstatic frenzy” of the bacchante and the “frenzy of pain” to the Magdalene. Especially if one remembers what was the relationship between Mary Magdalene and Christ, and what could have been the emotional response of Magdalene when witnessing the death of Christ on the cross.

We come to an art historian who deals with this same theme, although in different terms. It is Joseph Pucci and his work “Estasi antiche e modern” (2010). The art historian speaks of the Satyr of Mazara del Vallo and so he describes it: “In the Satyr of Mazara the face is swollen, as it was congested, and the eyes are fixed and expressionless. The subject, completely estranged from himself and from what is around him, is clearly projected into another dimension” (p.130).

And then:

Now, it is not necessary to be experienced warburgians to recognize that we are dealing with a typical *Pathosformel*. As we all know, Warburg considers a *Pathosformel* as a compositional scheme evoking a strong emotional content which can reemerge, maybe resemanticized, after a long latence period. This is what happens with the *Pathosformel* of ecstasy (p.131).

Pucci recalls several works belonging to the modern and contemporary art history where this *Pathosformel* of ecstasy is reflected, often almost *ad litteram*. From Pollaiuolo to Donatello, from Orazio Gentileschi to Degas, Seurat, Picasso, Balthus. But also photos depicting famous female dancers, from Isadora Duncan to Nikolska, at the Parthenon of Athens.

Pucci continues:

It is well-known that the *Pathosformeln* by Warburg have an energetic charge that is not polarized, extraordinarily intense but neutral. The positive or negative charge is determined by the process of actualization. Mnemosyne represents a huge reservoir of possibilities, each sign of the repertoire is full of meanings which can be different and even opposite.

Here we return to the theme of energetic charge; an energetic charge which is neutral in itself, but is able to show different loads, positive or negative, by its actualization, or rather, in its expressive context.

The art historian native of Siena, however, proposes an interpretation about different artistic expressions, which in this case refer to the *Pathosformel* expressing ecstasy.

Now we should ask ourselves what the satyr’s and menade’s ecstasy have in common with Creusa’s agony, Magdalene’s griping suffering, Persephone’s or Europe’s anguish, Sabine’s or raped locrian maiden’s panic? I believe that we may answer that in all these cases we deal with characters who are subjected to an overwhelming force which may be that of: a god who dominates you and transports you to another dimension, a deadly poison that consumes you, an unbearable pain that destroys you, a kidnapper who reduces you to powerlessness and rapes you. Clashing with forces much greater than him/herself, the subject can only succumb, surrender, annihilates him/herself. The *Pathosformel* that I still want to relate to ecstasy plastically means the moment when – like it or not, feeling pleasure or pain, or perhaps both – one withdraws from a previous way of being and gives oneself up to a dizzying, unfathomable otherness (p. 134).

Ecstasy is based on this powerlessness, evoked by an “overwhelming force”, which expresses the helpless abandonment, submission to an overwhelming force, the annihilation of oneself.

Let’s go back to Ginzburg. His most important work, based on my interest in reading it, gives the title to both the little book published by MUP and the longer book published by Adelphi: the rereading of Hobbes. Ginzburg reports an important statement by Hobbes:

Through the authority each individual in the State bestowed, it [the Leviathan] is able to use the received power and strength so much to bend everybody’s will by terror and to harness everybody’s desire to the maintenance of internal peace and mutual aid against external enemies (2008, p. 39).

Hereinafter, Ginzburg highlights:

The State, the “mortal god” generated by fear, evokes terror: a feeling where fear and awe are inextricably mixed. To appear as a legitimate authority the State needs the means (weapons) of religion. This is why the modern reflection on the State hinges on political theology: a tradition inaugurated by Hobbes (p. 39).

Fear and awe, together, express a profound confusion of categories. Fear characterizes the relationship with the enemy; awe expresses one of the possible ways of relating to the friendly figure. Terror, in other words, is the result of a disturbing emotional categorical confusion.

That categorical confusion upon which, over twenty years ago, was based our proposal of “spazio anzi” (Carli & Paniccia, 1984, 2011). With the proposal of *spazio anzi* we wanted to emphasize the importance of adaptation and of dynamics of change, as well as of the categorical confusion that governs the change of cultural contexts. A change that not always necessarily entails development and that in any case is based on cultural processes characterized by collusive dynamics, organized by “old” and “new” shared categories. By *spazio anzi* we proposed the importance of continuity within the cultural change; a continuity characterized by confusion and inconsistencies, where there is a possible coexistence of different models, interpretative perspectives about reality, contradictory affective symbolizations, evoking ambiguous emotions. An ambiguity due to the coexistence of dimensions that, from a drastic perspective based on discontinuity, are defined as conflicting, inconsistent, contradictory; and thus it seems necessary to take a decision, to make a choice.

The confusion of continuity is an important part of emotional experience, of the emotional symbolization of reality. The discontinuity highlighting differences, interruptions, what is before and after within timelines that are distinct, well-defined, generally considered as related to criteria of progress, characterizes power systems that base their identity on being different, original, not confusable and systems better than other. The world we live in is full of objects, events, thoughts that mainly aim to solve the primal ambiguity by which the mind’s way of being unconscious symbolizes reality. But it is also characterized by objects, symbols, myths, contexts that maintain the features of this primal ambiguity. Fear represents one of the ways by which we experience this ambiguity and emotional confusion. By terror and terrorism, today more than ever, a “solution” to the terrible contradictions of our time is offered; contradictions that are likely – because of the widespread and rampant greed – to destroy the natural environment, the social and economic context, the emotional context which we live in. This is the emotionally ambiguous component of terror that is widely upon us. However, it is important to contrast the “reverence” due to this terror, with an emotional thinking, which allows one to think about the ambiguous and confusing emotions evoked by terror in all its forms. We think that this is the task to which we as psychologists can give a decisive contribution.

References

- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1984). Per una teoria del cambiamento sociale: Lo “spazio anzi”. In G. Lo Verso & G. Venza (Eds.), *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia* [Culture and techniques of group work in clinical and social psychology] (pp. 100-121). Roma: Bulzoni.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). La stavkirke norvegese e lo *spazio anzi*: Continuità e discontinuità nella rappresentazione sociale e nel mito [The Norwegian stavkirke and the *spazio anzi*: Continuity and change in social representation and myth]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 71-96. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Ginzburg, C. (2008). *Paura, reverenza, terrore: Rileggere Hobbes oggi* [Fear, awe, terror: Reread Hobbes today]. Parma: MUP Editore.
- Ginzburg, C. (2015). *Paura, reverenza, terrore* [Fear, awe, terror]. Milano: Adelphi.
- Pucci, G. (2010). Estasi antiche e moderne [Ancient and modern ecstasy]. *I Quaderni del ramo d'oro*, 3, 129-147. Retrieved from <http://http://www.qro.unisi.it>
- Warburg, A. (1912). Arte italiana e astrologia internazionale nel Palazzo Schifanoia a Ferrara. In M. Bertozzi (Ed.) (1999), *La tirannia degli astri: Gli affreschi astrologici di Palazzo Schifanoia* [The tyranny of the stars: The astrological frescoes of Palazzo Schifanoia] (pp. 84-108). Livorno: Sillabe.

Editoriale

R. Carli*

Terrore. Una parola che ricorre troppo spesso nei discorsi della gente, nel linguaggio dei mass media, nelle fantasie delle singole persone. Terrore: un termine che Carlo Ginzburg, nel suo importante lavoro volto a una rilettura attuale di Hobbes (2008), definisce così: “un sentimento in cui si mescolano inestricabilmente paura e soggezione” (p. 39). Torneremo su questo.

Ginzburg pubblicò il lavoro citato nel 2008, in una edizione accurata, elegante ma a tiratura limitata, presso un editore periferico, il Monte Università Parma Editore (MUP). Lo stesso saggio è stato poi inserito in un’opera più vasta dello stesso Ginzburg (2015), recentemente pubblicata con il medesimo titolo della precedente da Adelphi. Nell’introduzione di questo più ampio contributo, concernente le emozioni della paura, della reverenza e del terrore, Ginzburg propone un’interessante analisi della nozione di *Pathosformel* (formula di pathos) elaborata da Aby Warburg. Vediamo assieme alcune considerazioni di Ginzburg:

Nei saggi pubblicati Warburg si servì parcamente della nozione di *Pathosformel*. Su di essa tornò invece quasi ossessivamente nella sterminata massa di appunti che venne accumulando nel corso degli anni. Ispirandosi alle ricerche del linguista Hermann Osthoff sul carattere primitivo dei superlativi, Warburg paragonò le raffigurazioni di determinati gesti, citabili come formule, a superlativi verbali, ossia “parole primordiali della gesticolazione appassionata”. Tra le caratteristiche di queste “parole primordiali” c’era, secondo Osthoff, l’ambivalenza: un elemento che Warburg estese alle *Pathosformeln*. Gesti di emozione tratti dall’antico vennero ripresi nell’arte del Rinascimento con significato rovesciato. Un esempio di quest’ “inversione energetica” (termine di Warburg) è la Maria Maddalena raffigurata come una menade nella *Crocefissione* di Bertoldo di Giovanni, il plastificatore fiorentino discepolo di Donatello: un’immagine che ritorna due volte, come intero e come particolare, nell’atlante *Mnemosyne*, al quale Warburg lavorò alla fine della propria vita (2008, pp. 12-13).

Guardiamo la *Crocefissione* di Bertoldo di Giovanni, una tavola in bronzo del XV secolo, conservata al Museo del Bargello a Firenze. Si noterà l’inversione semantica della formula di *pathos* della sofferenza: l’esaltazione orgiastica quale modello per la disperazione luttuosa (la Maddalena come “Menade sotto la Croce”). La Maddalena è rappresentata nella figura femminile in piedi, sulla sinistra, nell’atto di abbracciare la Croce.



* Già Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell’Università di Roma “Sapienza”, Membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell’International Psychoanalytical Association, Direttore di Rivista di Psicologia Clinica e di Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, Direttore del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda.

Un esempio di Menade danzante si trova ai Musei Capitolini di Roma:



Ginzburg si propone di dare un senso a questa “inversione energetica” che Warburg trovò nell’arte del Rinascimento, ove gesti emozionati dell’arte antica venivano riprodotti, ma con “significato rovesciato”. Lo fa, ad esempio, ricordando l’influenza esercitata su Warburg da Charles Darwin, da ciò che scrisse nel suo libro “The Expression of the Emotions in Man and Animals”; questo libro – a detta del nostro Autore – Warburg l’aveva letto sin da giovane. Ginzburg riporta un passo di Darwin, per sottolinearne la rilevanza sul lavoro di Warburg:

Ma ogni interpretazione dovrà tener conto di un dato di fatto stranamente taciuto dagli studiosi di Warburg: e cioè che Darwin, nel capitolo dedicato alla contiguità tra stati emotivi estremi, come il riso e il pianto spasmodici, aveva citato in nota il passo già ricordato di Reynolds: “È strano osservare, ed è senza dubbio vero, che gli estremi di passioni contrapposte sono espressi, con minime variazioni, dalla stessa azione”. Commentando: “Egli [Reynolds] cita come esempio la gioia frenetica di una baccante e il dolore di Maria Maddalena”.

Quelle cinque righe di Darwin accesero nella mente di Warburg una riflessione durata quarant’anni. In esse si è tentato di vedere espressa, *in nuce*, la nozione di “formula di pathos” (*Pathosformel*), con le sue implicazioni: da un lato il rapporto con l’antico, dall’altro l’“inversione energetica” che trasforma la frenesia estatica della baccante nella frenesia di dolore di Maria Maddalena. Ma si tratta di un’illusione retrospettiva: il seme non spiega l’albero. È significativo che Warburg aspettasse quasi vent’anni prima di proporre pubblicamente la nozione di *Pathosformel*.

Nell’arco di un quarto di secolo la mente di Warburg aveva oscillato tra due direzioni opposte. La ricchezza della sua opera, edita e inedita, nasce proprio qui: dalla tensione irrisolta tra lo storico e il morfologo, riassumibile nella contrapposizione tra il diagramma che condensa la sensoriale decifrazione degli affreschi di Schifanoia e le immagini giustapposte per via di contiguità e dissonanze, nelle tavole di *Mnemosyne* (2008, pp.15-16).

Vediamo cosa dice lo stesso Warburg (1912) nel suo lavoro di “decifrazione” degli affreschi di Palazzo Schifanoia a Ferrara:

In sostanza la questione è: quale significato ha l’influsso dell’Antico per la cultura artistica del primo Rinascimento?

Circa ventiquattro anni fa, a Firenze, mi si era dischiusa l’idea che l’influenza dell’Antico sulla pittura profana del XV secolo, soprattutto su Botticelli e Filippino Lippi, si manifestasse grazie a un mutamento stilistico della figura umana attraverso una intensificata mobilità del corpo e delle vesti, ispirata a modelli dell’arte figurativa e della poesia antiche. Più tardi, ho potuto constatare che autentici superlativi antichi propri del linguaggio mimico avevano a loro tempo stilizzato allo stesso modo la retorica muscolare di Pollajuolo. Ma soprattutto che anche il

mondo mitico pagano del giovane Dürer – da *La morte di Orfeo* a *La grande gelosia* – doveva in fondo la forza drammatica della sua espressione a “formulazioni di pathos” schiettamente greche che erano sopravvissute, e che l’artista aveva tradotto dall’Italia del Nord (p.84).

Possiamo fermarci qui, per quanto concerne la proposta di Ginzburg su Warburg e le sue “formulazioni di pathos”; ma anche per quanto afferma lo stesso Warburg in una delle sue opere iconologiche più note, l’analisi iconologica dei decani presenti negli affreschi della sala dei mesi, fatta affrescare nel periodo 1469 – 70 da Borso d’Este. Affreschi attribuiti da alcuni a Cosmé Tura, da altri, in un’attribuzione forse più accreditata, a Francesco Del Cossa. Immagini antiche influenzano immagini del primo Rinascimento, pur trasformate in riferimento alle emozioni che queste immagini vogliono esprimere.

Si parla di “significato rovesciato”, di “inversione energetica”, di ambivalenza. Ginzburg parla testualmente di “inversione energetica” che trasforma la *frenesia estatica* della baccante nella *frenesia di dolore* di Maria Maddalena. Ci si può chiedere quale sia la differenza tra “frenesia estatica” della baccante e “frenesia di dolore” della Maddalena. Soprattutto se si ricorda quale fosse la relazione tra la Maddalena e Cristo, e quale poteva essere la risposta emozionale di Maddalena, nell’assistere alla morte di Cristo sulla croce.

Veniamo a uno storico dell’arte che affronta, in termini differenti, lo stesso tema. Si tratta di Giuseppe Pucci e del suo lavoro “Estasi antiche e moderne” (2010). Lo storico dell’arte ci parla del Satiro di Mazara del Vallo e così lo descrive: “Nel Satiro di Mazara il volto è gonfio, come congestionato, e gli occhi sono fissi e inespressivi. Il soggetto, completamente estraniato da sé e da ciò che gli è intorno, è chiaramente proiettato in un’altra dimensione” (p.130).

E ancora:

Ora, non occorre essere warburghiani di lungo corso per riconoscere che abbiamo qui a che fare con una tipica *Pathosformel*. Come tutti sappiamo, una *Pathosformel* è per Warburg uno schema compositivo che veicola un contenuto emozionale forte, che può riemergere, magari risemantizzato, dopo una lunga latenza. È proprio quanto accade con la *Pathosformel* dell’estasi (p.131).

Pucci ricorda una lunga serie di opere della storia dell’arte moderna e contemporanea ove questa *Pathosformel* dell’estasi viene ripresa, spesso quasi *ad litteram*. Si va da Pollaiuolo a Donatello, da Orazio Gentileschi a Degas, a Seurat, Picasso, Balthus. Ma anche alle fotografie che ritraggono danzatrici famose, da Isadora Duncan a Nikolska, al Partenone d’Atene.

Ancora Pucci:

È ben noto che le *Pathosformeln* di Warburg contengono una carica energetica non polarizzata, straordinariamente intensa ma neutra. È nel processo di attualizzazione che si determina la valenza positiva o negativa. Mnemosyne è un gigantesco serbatoio di possibilità, ogni gesto repertoriato è gravido di significati anche diversi tra loro e perfino opposti.

Ritorna il tema della carica energetica; carica energetica di per sé neutra, ma capace di manifestarsi con valenze, positive o negative, nella sua attualizzazione, o per meglio dire nel suo contesto espressivo.

Lo storico dell’arte senese, peraltro, propone anche un’interpretazione delle differenti espressioni artistiche, in questo caso della *Pathosformel* espressiva dell’estasi.

Cosa accomuna – è ormai giunta l’ora di chiederci – l’estasi del satiro e della menade all’agonia di Creusa, alla pena lancinante della Maddalena, all’angoscia di Persefone o di Europa, al panico della Sabina o della fanciulla locrese stuprata? Mi pare si possa rispondere che in tutti questi casi abbiamo a che fare con personaggi che soggiacciono a una forza soverchiante: può essere quella di un dio che ti possiede e ti trasporta in un’altra dimensione, ovvero quella di un veleno mortale che ti consuma, di una pena insostenibile che ti annienta, di un rapitore che ti riduce all’impotenza e ti violenta. Scontrandosi con forze tanto più grandi di lui, il soggetto non può che soccombere, abbandonarsi, annullarsi. La *Pathosformel* che voglio ancora chiamare dell’estasi significa plasticamente l’istante in cui – volenti o nolenti, provando piacere o dolore o forse entrambe le cose – si recede da un precedente modo di essere e ci si consegna ad una vertiginosa, insondabile alterità (p. 134).

È l’impotenza, evocata da una “forza soverchiante”, che sostanzia l’estasi espressiva dell’abbandono impotente, del soccombere a una forza soverchiante, dell’annullamento di sé.

Torniamo a Ginzburg. Il suo lavoro più rilevante, almeno per l’interesse che mi ha guidato nella sua lettura, è quello che dà il titolo sia al libretto edito da MUP sia al libro più ampio edito da Adelphi: la rilettura di Hobbes. Ginzburg riporta un importante passo di Hobbes:

Attraverso questa autorità di cui è stato investito da ogni singolo individuo nello Stato, esso [il Leviatano] è in grado di usare a tal punto il potere e la forza che gli è stata conferita, da piegare col terrore la volontà di tutti e

fare in modo di indirizzare la volontà di ognuno al mantenimento della pace interna e all'aiuto reciproco contro i nemici esterni (2008, p. 39).

Sottolinea Ginzburg, poco più avanti:

Lo Stato, il “dio mortale” generato dalla paura, incute terrore: un sentimento in cui si mescolano in maniera inestricabile paura e soggezione. Per presentarsi come autorità legittima lo Stato ha bisogno degli strumenti (delle armi) della religione. Per questo la riflessione moderna sullo Stato s'impenna sulla teologia politica: una tradizione inaugurata da Hobbes (p. 39).

Paura e soggezione, assieme, esprimono una profonda confusione categoriale. La paura connota la relazione con il nemico; la soggezione esprime una delle possibili modalità di rapporto con la figura amica. Il terrore, in altri termini, è il risultato emozionale di una inquietante confusione categoriale.

Quella confusione categoriale che, più di vent'anni fa, fondava la nostra proposta di “spazio anzi” (Carli & Paniccia 1984, 2011). Con la proposta dello *spazio anzi* volevamo sottolineare l'importanza, per l'adattamento e per la dinamica del cambiamento, della confusione categoriale che presiede al mutamento dei contesti culturali. Un mutamento che non sempre comporta, necessariamente, lo sviluppo e che comunque si fonda su processi culturali caratterizzati da dinamiche collusive, organizzate da “vecchie” e “nuove” categorie condivise. Con lo *spazio anzi* si proponeva la rilevanza della continuità entro il cambiamento culturale; una continuità marcata da confusioni e incoerenze, ove possono coesistere modelli, ottiche di lettura del reale, simbolizzazioni affettive contraddittorie, evocanti emozioni ambigue. Un'ambiguità dovuta al coesistere di dimensioni che, nella lettura drastica dettata dalla discontinuità, si definiscono come contrapposte, incompatibili, in contraddizione tra loro; dimensioni per le quali sembra necessario assumere una posizione decisionale, operare una scelta.

La continuità confusiva è parte importante dell'esperienza emozionale, della simbolizzazione emozionale del reale. La discontinuità che vuole marcare le differenze, le cesure, il prima e il dopo entro sequenze temporali distinte, definite, tendenzialmente valutate in rapporto a criteri di progresso, è propria dei sistemi di potere che fondano la loro identità sull'essere diversi, originali, non confondibili e migliori di altri. Il mondo nel quale viviamo è intessuto di oggetti, eventi, pensieri che hanno quale scopo precipuo quello di risolvere l'ambiguità originaria con cui il modo d'essere inconscio della mente simbolizza la realtà. Ma è anche attraversato da oggetti, simboli, miti, contesti che conservano i tratti dell'originaria ambiguità.

Viviamo, nel terrore, una di queste dimensioni ambigue ed emozionalmente confusive. Con il terrore e con il terrorismo si sta proponendo, oggi più che mai, una “soluzione” terribile alle contraddizioni del nostro tempo; contraddizioni che rischiano – con l'avidità diffusa e imperante – di distruggere il contesto naturale, il contesto sociale e economico, il contesto emozionale nel quale viviamo. È questa la componente emozionalmente ambigua del terrore che, da più parti, incombe su di noi. Ma a questa “reverenza”, che il terrore implica, è importante contrapporre un pensiero emozionato, capace di pensare le emozioni ambigue e confusive evocate dal terrore, in tutte le sue forme. Questo, pensiamo, è il compito al quale noi psicologi possiamo dare un decisivo contributo.

Bibliografia

- Carli, R., & Paniccia, R.M. (1984). Per una teoria del cambiamento sociale: Lo “spazio anzi”. In G. Lo Verso & G. Venza (Eds.), *Cultura e tecniche di gruppo nel lavoro clinico e sociale in psicologia* [Culture and techniques of group work in clinical and social psychology] (pp. 100-121). Roma: Bulzoni.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). La stavkirke norvegese e lo *spazio anzi*: Continuità e discontinuità nella rappresentazione sociale e nel mito [The Norwegian stavkirke and the *spazio anzi*: Continuity and change in social representation and myth]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 71-96. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Ginzburg, C. (2008). *Paura, reverenza, terrore: Rileggere Hobbes oggi* [Fear, awe, terror: Reread Hobbes today]. Parma: MUP Editore.
- Ginzburg, C. (2015). *Paura, reverenza, terrore* [Fear, awe, terror]. Milano: Adelphi.
- Pucci, G. (2010). Estasi antiche e moderne [Ancient and modern ecstasy]. *I Quaderni del ramo d'oro*, 3, 129-147. Retrieved from <http://http://www.qro.unisi.it>
- Warburg, A. (1912). Arte italiana e astrologia internazionale nel Palazzo Schifanoia a Ferrara. In M. Bertozzi (Ed.) (1999), *La tirannia degli astri: Gli affreschi astrologici di Palazzo Schifanoia* [The tyranny of the stars: The astrological frescoes of Palazzo Schifanoia] (pp. 84-108). Livorno: Sillabe.

Presentation of the Special Issue “The relationship between hospital and territory in health care and assistance practices”

*Rosa Maria Paniccia**, *Fiorella Bucci***

In this Special Issue, *Rivista di Psicologia Clinica* continues the reflection which has started with the previous Issues concerning the social integration of low – power groups, such as migrants, elders, women, children, people with a diagnosis of disability or mental disorder – i.e. all groups at risk of exclusion.

This time, *RPC* proposes to address such topic within a specific framework: the relationship between hospital and territory in health care and assistance practices.

It is interesting to notice that, since its birth in Europe, modern clinic has been constantly characterized by a tension between *hospital* and *territory*: that is, between a model of care based on isolating the patient – and returning her/him to the social system once healthy again – on the one hand, and a model that builds on providing care inside the environment where the patient lives – starting from the assumption that such environment might represent a resource for the care process – on the other.

In Italy, a trend towards the reduction of hospital-based treatments and the promotion of alternative ways of care – first of all home care – has been present in national health plans since the Eighties and is currently getting stronger. Connected trends appear on the international scene. Some examples: general practitioners come to play a central role in the management of health care plans and budgets in UK, after the recent health care reform, and the quality of home care takes priority in the public debate on health care in the USA as a measure for preventing frequent hospital re-admissions.

Such new emphasis on ways of care alternative to hospital treatments is related to a long-lasting and still impending crisis of the Welfare State as well as to highly important changes in social life over the last decades. The problem of chronicity is emblematic. Chronicity has become a preeminent feature of more and more forms of disease, disability and dependence. While, on the one hand, this is the result of great advances in medical sciences, on the other hand, chronicity has forced a paradigm shift: from medical care *strictu sensu*, to a more diversified system of care aimed at improving the quality of life also in human and social terms. The focus moves from clinical contexts to contexts of social coexistence.

The Issue addresses such transformations from different angles. First of all: *hospital*, on the one hand, represents an institution as well as an apparently comprehensive and clearly identifiable system of competences, actions and procedures. On the other hand, because of the plurality of actors, instances, competences and relationships that *territory* includes, it becomes more complex to identify and fully comprehend such entity. Thus, we are interested in further understanding what *territory* means today, which care practices belong to the territory and who works in it. Moreover: within the abovementioned trend, how does the role itself of curing and taking care of change? Within care practices, how does the relationship between health care and social welfare, medical and social components, formal and informal competences, professional and family resources, public and private spheres change?

Which new opportunities for social integration and risks of exclusion are emerging?

We invited scholars from different countries and disciplines (psychology, sociology, anthropology, history, psychoanalysis, medicine, psychiatry) to contribute to a reflection on the proposed themes – in order to explore their several boundaries, cultural frameworks, clinical and social implications – through theoretical essays, research studies and clinical experiences.

In response to our Call for Papers, we received numerous submissions, some of which will be published in the current Issue and others in the following one. Clearly, the hospital-territory relationship represents a central international matter that deserves closer attention and analysis.

* Associate Professor at the Faculty of Medicine and Psychology of the University “Sapienza” in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), Member of the Scientific and Teaching board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E mail: rosamaria.paniccia@uniroma1.it

** Clinical psychologist, Specialist in psychoanalytic psychotherapy, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology). E mail: fiorella.bucci@gmail.com

Presentazione della Special Issue “La relazione tra ospedale e territorio nei processi di cura e assistenza”

*Rosa Maria Paniccia**, *Fiorella Bucci***

Con questo Numero Speciale *Rivista di Psicologia Clinica* continua la riflessione avviata nelle edizioni precedenti sul problema dell'integrazione di categorie sociali a potere debole – come migranti, anziani, donne, minori, persone con diagnosi di disabilità o malattia mentale – e a rischio di emarginazione.

La cornice da cui vogliamo affrontare il tema questa volta è il rapporto tra ospedale e territorio nei processi di cura e assistenza. È interessante notare come fin dalla nascita della clinica moderna in Europa, questa sia stata attraversata da una dialettica tesa e continua tra ospedale e territorio, tra un modello di cura basato sull'isolamento del malato e la sua restituzione al sistema sociale quando tornato sano, e un modello di cura che si compie invece andando presso i contesti di vita della persona e nell'interazione con essi, assunti come risorsa centrale per l'intervento.

In Italia si vorrebbe rafforzare oggi un orientamento presente nei piani sanitari dagli anni Ottanta, verso la riduzione dei trattamenti ospedalieri e il deciso potenziamento di forme di assistenza alternative al ricovero, in primo luogo l'assistenza domiciliare. Movimenti connessi si vedono nella scena internazionale. Alcuni esempi: la medicina di base o territoriale diventa il centro decisionale dei piani di cura e di spesa nella sanità inglese, con la recente riforma; la qualità delle cure a casa assume priorità nel discorso sanitario statunitense per contrastare i cosiddetti ricoveri frequenti.

Questa nuova enfasi sul territorio da un lato si iscrive all'interno di un'interminabile crisi del Welfare State, dall'altro è la risposta a cambiamenti di grande importanza per la vita sociale, avvenuti nelle ultimi decenni: pensiamo soltanto al problema della cronicità che riguarda sfere sempre più ampie di malattia o di fragilità, la disabilità ad esempio o la non autosufficienza negli anziani; raggiunta attraverso gli avanzamenti della medicina, la cronicità, in cerca di risorse per il suo trattamento, ha imposto al contempo uno spostamento di paradigma, dalla cura in senso strettamente medico, al supporto alla qualità della vita, in senso umano e sociale. Questo movimento sposta l'attenzione dalla cura e dai contesti strettamente sanitari ai contesti di convivenza.

Il Numero affronta queste trasformazioni da diverse angolazioni. In primo luogo: se l'ospedale, da un lato, definisce una struttura, un sistema di competenze e di azioni, in sostanza una procedura apparentemente unitaria e identificabile, dall'altro la pluralità e variabilità di soggetti, domande, competenze, relazioni che formano il territorio è tale da farne un'entità di più complessa identificazione, della quale è difficile avere una rappresentazione comprensiva e attuale. Ci interessa allora comprendere meglio cos'è il territorio oggi, chi ne fa parte, chi vi lavora, quali azioni promuove. E inoltre: come sta cambiando in questo passaggio la funzione stessa della cura e del prendersi cura? Come cambia il rapporto tra il profilo sanitario e i profili sociali della cura e dell'assistenza, tra competenze formali e informali, professionali e familiari, tra sfera pubblica e sfera privata? Quali opportunità di integrazione si prospettano e quali nuovi rischi di emarginazione?

Abbiamo invitato studiosi di diversi paesi e ambiti disciplinari (psicologia, sociologia, antropologia, storia, psicoanalisi, medicina, psichiatria) a confrontarsi sui temi proposti, per esplorarne le frontiere, le premesse culturali, le implicazioni cliniche e sociali, attraverso sia contributi teorici che ricerche o esperienze di intervento.

I contributi pervenuti in risposta alla Call for Papers sono stati numerosi; di questi, alcuni saranno pubblicati in questo Numero, altri nel Numero seguente. La relazione ospedale – territorio rappresenta evidentemente un problema centrale nei processi di cura e assistenza a livello internazionale, che merita ulteriore attenzione ed analisi.

* Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma “Sapienza”, Editor di *Rivista di Psicologia Clinica* e di *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, Membro del Comitato Scientifico-Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: rosamaria.paniccia@uniroma1.it

** Psicologa clinica, Specialista in psicoterapia psicoanalitica, Editor di *Rivista di Psicologia Clinica*. E-mail: fiorella.bucci@gmail.com

A methodological proposal of integration: The *Psychological Scaffolding* for the healthcare relationship

Maria Francesca Freda**, *Francesca Dicé , *Raffaele De Luca Picione******

Abstract

The authors discuss principles of a model of psychological intervention in the healthcare, from some considerations on current social and cultural changes that are redirecting the practice of medicine. The increasing successes of medicine are accompanied by new challenges for healthcare relationship (i.e. self-determination, autonomy, skills acquisition, sharing of decision-making). The realization of these values requires that the focus of intervention is not addressed to single individuals, but to the whole relationship, as unit of analysis and intervention in its performance and in the pursuit of its objectives. The model proposed is an *Intervention of the Psychological Scaffolding to the healthcare relationship*, understood as a relational field that makes possible the realization of semiotic processes of sensemaking and their transformation through dialogic and translational processes. The intervention of *Scaffolding* can sustain the relationship during all the steps of transition and transformation (diagnosis, prognosis, consultation, therapy, etc.) – in which there occur large margins of uncertainty and unpredictability – by introducing a psychological function of thought and by integrating emotional tasks and operational tasks. This model is based on the transformation of key components of the healthcare relationship in psychological tasks: 1) The *Ownership* of the healthcare relationship from a mere use to the development of subjectivity within a relationship; 2) From the *informed consent* as disclaimer to the construction of the *Cum-Sensum*, namely the development of a resource of sense; 3) From the therapeutic adherence to the shared decision-making and to the *Concordance*. Some of the principles of *Scaffolding* are: the gradual learning towards the acquisition of new competences, the support for the development of the processes of sensemaking, the integration of many different trajectories of meaning, the gradual removal of psychological support when the relationship has acquired expertise.

Keywords: Scaffolding; Healthcare Relationship; Psychological Counselling; Sensemaking Process; Informed Consent.

* Department of Human Study, University of Naples “Federico II”. E-mail: fmfreda@unina.it

** Department of Human Study, University of Naples “Federico II”. E-mail: francesca.dice@unina.it

*** SInAPSi Centre (Center for Active and Integrated Inclusion of Students), University of Naples “Federico II”. E-mail: raffaele.delucapicione@unina.it

Freda, M.F., Dicé, F., & De Luca Picione, R. (2015). Una proposta metodologica di integrazione: Lo Scaffolding Psicologico per la relazione sanitaria [A methodological proposal of integration: The Psychological Scaffolding for the healthcare relationship]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 11-25. doi: 10.14645/RPC.2015.2.540

Una proposta metodologica di integrazione: Lo *Scaffolding Psicologico* per la relazione sanitaria

Maria Francesca Freda^{*}, Francesca Dicé^{**}, Raffaele De Luca Picione^{***}

Abstract

Gli autori discutono i principi di un modello di intervento psicologico in ambito sanitario, a partire da considerazioni sui cambiamenti sociali e culturali che riorientano la prassi medica. I crescenti successi della medicina si accompagnano a nuove sfide sul piano della relazione sanitaria (l'autodeterminazione, l'autonomia, l'acquisizione di competenza, la condivisione dei processi decisionali, etc.). La realizzazione di tali valori richiede che l'attenzione di intervento si diriga non ai singoli individui, ma alla stessa relazione quale unità di analisi e di intervento, nello svolgimento delle sue prassi e nel perseguimento dei suoi obiettivi. Il modello proposto è un *intervento di Scaffolding Psicologico alla relazione sanitaria* nel suo complesso, quale campo relazionale che realizza processi semiotici di sensemaking e li trasforma mediante processi dialogici e traduttivi. L'intervento sostiene la relazione nelle fasi di transizione e di trasformazione (diagnosi, prognosi, consulenza, terapia) in cui emergono margini di incertezza ed imprevedibilità, attraverso l'introduzione di una funzione psicologica di pensiero e l'integrazione di compiti emotivi e compiti operativi. Centrale è la trasformazione di componenti della relazione sanitaria in compiti psicologici: 1) la *Titolarità* della relazione sanitaria da posizione di mera fruizione del servizio a sviluppo della soggettività entro una relazione; 2) dal consenso informato quale declinazione di responsabilità del medico alla costruzione del *Cum-Sensum*, ovvero sviluppo di una risorsa di senso; 3) dalla aderenza terapeutica alla decisionalità condivisa e alla *Concordance*. Alcuni dei principi del modello sono: la gradualità dell'apprendimento verso l'acquisizione di nuove competenze relazionali, il sostegno allo sviluppo dei processi di sensemaking, l'integrazione delle diverse traiettorie di significato, la graduale sottrazione del sostegno psicologico quando la relazione ha acquisito competenza.

Parole chiave: Scaffolding; relazione sanitaria; intervento psicologico; processo di sensemaking; consenso informato.

*Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli "Federico II". E-mail: fmfreda@unina.it

**Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli "Federico II". E-mail: francesca.dice@unina.it

***Centro SInAPSi (Servizi per l'Inclusione Attiva e Partecipata degli Studenti), Università degli Studi di Napoli "Federico II". E-mail: raffaele.deluicapicione@unina.it

Freda, M.F., Dicé, F., & De Luca Picione, R. (2015). Una proposta metodologica di integrazione: Lo Scaffolding Psicologico per la relazione sanitaria [A methodological proposal of integration: The Psychological Scaffolding for the healthcare relationship]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 11-25. doi: 10.14645/RPC.2015.2.540

Introduzione

Negli ultimi decenni, i progressivi cambiamenti della società, così come quelli della medicina, hanno favorito una graduale revisione del paradigma *meccanicistico* e hanno introdotto una maggiore centralità alla relazione sanitaria. Il rapporto tra medicina e società è soggetto a continue trasformazioni che si ancorano, *in primis*, allo sviluppo dello stesso sistema medico, alle conoscenze e alle prassi che esso pone in essere. Pensiamo *al progressivo aumento della complessità delle cure*, in ragione del progresso tecnologico, con fenomeni di iper-specializzazione di settori della medicina e maggiore diffusione delle figure degli specialisti volti ad occuparsi di parti sempre più specifiche e frazionate del corpo umano; *alla cronicizzazione*, riferita a malattie degenerative a decorso cronicizzante; *alla diffusione della medicina preventiva*, che contribuisce a costruire la rappresentazione della salute a partire da un controllo totale e costante della stessa (Bonino, 2013) ed il crescente sviluppo della medicina predittiva (generata dalle nuove branche della medicina – per esempio la genetica – e dal desiderio di produrre diagnosi in largo anticipo sulle possibili manifestazioni ed insorgenze delle malattie). Questi punti, esposti brevemente, sono di rilevante interesse per le implicazioni culturali, sociologiche e psicologiche, poiché allo sviluppo del sapere scientifico e delle tecniche diagnostiche e terapeutiche organizzati entro un approccio della *evidence-based-medicine*¹, si affiancano gradualmente nuovi compiti della relazione sanitaria, riguardanti il riconoscimento della *Titolarità* del paziente, della costruzione di un consenso e della possibilità di condivisione dei processi decisionali che si vanno gradualmente organizzando entro un approccio definito *patient-centered-medicine*².

Il sistema medico può generare sia processi di adesione culturale, legate al continuo rinforzarsi delle sue conoscenze e delle sue capacità tecniche, sia nuove esigenze e nuovi compiti connessi al suo medesimo progresso, così come allo sviluppo culturale della società che si confronta, per fare un esempio, con la distribuzione diffusa delle conoscenze permessa dalla diffusione di internet.

Oggi il sistema sanitario è caratterizzato da una costante tensione tra un approccio centrato sull'*evidenza* e un approccio centrato sul *paziente*, sulla sua agenda e soggettività, una tensione che riteniamo possa essere affrontata dando forma ai compiti e ai cambiamenti che l'apertura alla soggettività richiede alla relazione sanitaria.

L'insieme dei cambiamenti, molto brevemente esposti, riteniamo costituisca una nuova opportunità per il dialogo tra psicologia e medicina, in direzione della articolazione delle funzioni psicologiche che i nuovi compiti inscrivono nella relazione sanitaria e in direzione dello sviluppo di un approccio bio-psico-sociale (Balint, 1957; Engel, 1977).

In questo contributo proveremo a delineare e condividere i principi metodologici di un modello di intervento psicologico in ambito sanitario, non rivolto specificamente a uno degli interlocutori coinvolti (pazienti o medici), ma al *campo relazionale* considerato nel suo complesso e ai compiti che lo attraversano. Un campo relazionale in cui uno degli interlocutori assume il posizionamento di paziente nei confronti degli altri, che a loro volta assumono posizionamenti diversi (medico generico, medico specialista, operatori sanitari vari, infermieri, etc.), sempre in relazione tra loro. Discuteremo un modello di intervento definito *Scaffolding Psicologico per la Relazione Sanitaria* volto ad integrare, al suo interno, le funzioni psicologiche che attraversano la relazione sanitaria e che contribuiscono alla realizzazione dei suoi compiti e dei suoi scopi.

Un campo di significazione

La recente attenzione alla centratura sul paziente, di cui si è accennato, insieme alla medicina narrativa (*narrative medicine*) (Bert, 2007; Charon, 2001, 2006; Charon & Wyer, 2008; Hyden, 1997; Kleinman, 1988; Suchman, 1997), hanno aperto nuove possibilità di prassi operative in grado di cogliere la soggettività

¹ La medicina basata su prove di efficacia (in inglese *Evidence-Based-Medicine, EBM*) viene definita come il processo di ricerca, di valutazione e di uso sistematico dei risultati di ricerca più aggiornati come base per le decisioni cliniche (Greenhalgh, 2010; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996; Timmermans & Mauck, 2005).

² L'assistenza centrata sul paziente implica il rispetto e l'attenzione ai bisogni, alle preferenze e ai valori del paziente, in modo tale che questi valori possano guidare ogni decisione clinica (Epstein & Street, 2011). Tale approccio viene perseguito mediante un costante scambio bidirezionale d'informazioni al fine di aiutare il paziente e la sua famiglia a fare le scelte giuste, a facilitare l'accesso alle cure appropriate, a rendere possibili i cambiamenti negli stili di vita necessari per mantenere o migliorare lo stato di salute. L'intento di tale approccio è quello di fornire un'assistenza personalizzata e ritagliata sui bisogni del paziente mediante la creazione di condizioni di partecipazione del paziente alle decisioni che riguardano la sua salute (producendo una posizione di attivo protagonista consapevole dei processi di prevenzione, guarigione e cura).

del paziente. Dal nostro punto di vista, tale soggettività si articola nella relazione attraverso il rapporto con il medico, principale interlocutore, e attraverso l'iscrizione di tale relazione nel contesto sanitario. Il contesto sanitario è sempre attraversato da una serie di *ordini di significazioni* definiti dai suoi scopi generali, dalla specificità degli scopi del servizio e dal sentire comune di un determinato momento storico (De Luca Picione, Dicé, & Freda, 2015). Il *paziente*, indubbiamente un *soggetto* unico ed irripetibile (e quindi da conoscere nella sua specificità), assume anche un *ruolo generale* culturalmente definito e organizzato dal particolare momento storico in cui la relazione sanitaria, specifica e contestuale, si declina.

Il soggetto, il paziente, il malato, l'utente di un servizio sanitario, è tale in virtù del posizionamento che assume all'interno dei campi discorsivi e dei significati che orientano azioni, scelte e strategie impiegate. In questa prospettiva, la narrazione del paziente può essere considerata *prodotto* della stessa relazione sanitaria e delle specifiche contingenze contestuali in cui si genera; la narrazione di malattia viene costruita in ragione dell'iscrizione della soggettività del paziente nel rapporto con il contesto a cui la stessa condizione di malattia lo ha chiamato a partecipare. Le stesse forme del dolore, della sofferenza, del disagio sono espressioni storicamente determinate: esse si fanno esperienza attraverso l'organizzazione complessa di un campo di significati che orientano l'osservazione, le valutazioni, la cognizione, la determinazione di una norma e dello scarto da essa e lo stesso sentire dei soggetti che in esso vi partecipano. La relazione sanitaria, inoltre, è attraversata da dinamiche emotive intense generate dalla discontinuità della esperienza di vita del paziente (condizione di non salute, incertezza sulla propria condizione di salute che mette in scacco i propri consolidati sistemi di significazione). Le emozioni che attraversano la relazione sanitaria sono rese necessarie dallo stesso oggetto della relazione.

È entro questa accezione contestualizzata di centratura sul paziente e di narrazione soggettiva che intendiamo collocare una nuova prospettiva di sviluppo di principi per un intervento psicologico in ambito sanitario. Troppo spesso la relazione sanitaria si traduce in una repentina codifica di etichette diagnostiche e risposte terapeutiche: tale repentinità può essere interpretata anche alla luce della condizione di emergenza emotiva generata dalle ansietà in campo, un'ansietà che tende a ridurre precocemente qualsiasi spazio di incertezza. L'alta – e spesso precoce – valenza diagnostica e prescrittiva della relazione sanitaria non è interpretabile, a nostro avviso, in ragione di una violenza del potere medico sulla fragile soggettività del paziente, come tradizionalmente proposto, ma è piuttosto il risultato di una dinamica dialogica alla quale partecipano entrambi i componenti della relazione (forse *in primis* il paziente con le sue necessità di delega del problema e il suo sentimento di urgenza). La prescrittività, che attraversa ogni prassi medica, è prodotto di una dinamica culturale e relazionale cui partecipano attivamente tutti gli attori coinvolti.

Da un punto di vista dinamico e semiotico, la relazione medica si muove attraverso significati che la canalizzano e ne orientano scelte, azioni e modalità. Un significato infatti è un processo dinamico che organizza le relazioni e le rende attive nel tempo. In un'ottica di *sensemaking process*, un significato non è qualcosa dietro un segno, ma una traiettoria temporale di sviluppo relazionale che organizza i rapporti tra le persone (De Luca Picione & Freda, 2012, 2014, 2015; Freda, 2008; Freda & De Luca Picione, 2014, 2015; Freda & Guerra, 2012; Salvatore & Freda, 2011; Zaccaro & Freda, 2011). Tale prospettiva ci consente di passare da una concettualizzazione statica della relazione sanitaria, già determinata dalle sue procedure e prescrizioni, ad una visione dinamica e trasformativa. In questo senso, le suddette costanti invariabili della relazione medica assumono il valore dinamico di significati capaci di mediare la relazione, attraverso il coinvolgimento sia del medico che del paziente, e i suoi sistemi sociali (famiglia, lavoro, amici, etc.). L'attivazione di tali significati si costituisce sia in qualità di *dimensione contestuale* (che definisce la relazione e la stabilizza lungo percorsi simbolici già codificati) sia in qualità di *attività dialogica* (che consente la dinamicità e le possibilità trasformative della stessa). La relazione medica si configura come un campo relazionale attivato dalla stessa richiesta di prestazione sanitaria, in cui si organizzano sistemi di significato che orientano la sua stessa evoluzione. In ragione dell'attivazione di questo campo, che iscrive la persona nel ruolo di paziente, può attivarsi una trasformazione dei confini dinamici tra i diversi sistemi di significato nella vita della persona (De Luca Picione & Freda, in press). Per tale motivo, alcuni ambiti connessi alla cura assumono rilevanza rispetto ad altri che vengono posti in assetti più periferici e momentaneamente sospesi.

Sulla base di tali considerazioni, *riteniamo che l'intervento psicologico debba rivolgersi alla relazione sanitaria nel suo complesso, proprio in quanto essa è quel sistema relazionale in cui si attualizzano significati culturali e soggettivi che contribuiscono alla realizzazione dei suoi compiti e ristrutturano gli scenari di vita del paziente.*

Medicina e psicologia: incrocio di sguardi

La psicologia in ambito medico ci pone la questione di organizzare un intervento psicologico che non si identifichi unicamente nell'erogazione di un servizio di assistenza verso un individuo, ma interagisca direttamente con il campo discorsivo e di senso nel quale il professionista viene coinvolto.

In tal senso, la nostra proposta di un modello di intervento non si rivolge al singolo utente, ma alla stessa relazione sanitaria, quale sistema in movimento che si costituisce all'interno del senso comune più ampio e delle direzioni di cura che la medicina assume, in un contesto culturale e storicamente definito (De Luca Picione et al., 2015; Freda, 2013). Consideriamo dunque il paziente entro il dominio discorsivo e relazionale della medicina.

Medicina e psicologia sono due discipline che, nello svolgimento della loro funzione, operano attraverso modelli diversi: la medicina risponde in maniera normativa, tecnica e procedurale (Carli & Paniccchia, 2003) e si fonda su un rafforzamento reciproco tra *mandato sociale*, conoscenza scientifica e *senso comune*. La psicologia, invece (in quanto disciplina volta allo sviluppo delle capacità di significare le proprie esperienze e le relazioni di cui si è partecipi), opera attraverso la comprensione e la discussione delle premesse di senso che orientano i contesti relazionali e la posizione prospettica che assumono al loro interno le persone (posizione che è allo stesso tempo relazionale, emotiva, cognitiva e performativa). All'interno di una prospettiva medica, il contesto non è messo in discussione *ab origine, nelle sue premesse* (se non per valutazioni tecniche interne all'intervento, in termini di *utilità*, di *realizzabilità*, di *tempi di azione*); invece, in una prospettiva semiotica (e quindi rivolta ai processi dinamici di significazione), la psicologia svolge il proprio intervento a partire dalla riflessione e discussione sulla costruzione della relazione interpersonale, su quanto sta accadendo in essa e prova a contemplare anche quegli aspetti ritenuti inutili, residuali o di ostacolo perché non direttamente connessi allo svolgimento del compito biomedico. Tale diversità di sguardo non può implicare soluzioni facili ed immediate nel proporre un intervento psicologico in ambito sanitario che non snaturi né il senso della medicina, né quello della psicologia: il fine dell'intervento psicologico, nella prospettiva che stiamo discutendo, può essere considerato *l'integrazione* dei compiti della relazione sanitaria con i molteplici significati attivati ed agiti attraverso essa. Tale integrazione è chiaramente diversa da un'operazione sommativa, così come è diversa dall'esercizio di un assunto iniziale fondato su una rigida distribuzione dei compiti e doveri (il corpo alla medicina e la mente alla psicologia); piuttosto, essa può emergere da uno sforzo di comprensione e significazione di quanto sta accadendo nella relazione sanitaria e attraverso di essa.

L'intervento psicologico può introdurre questo sguardo, non perché esso prevalga sulle prassi mediche e sulla costruzione di prodotti ad esse coerenti, ma perché promuova una transizione, un movimento traduttivo tra i diversi codici che attraversano il contesto. La competenza psicologica integrata nella relazione può generare un potenziamento dei processi di significazione, può promuovere una progressiva esplicitazione e condivisione delle premesse attraverso lo scambio ed un'evoluzione della relazione in senso dinamico.

Il modello integrativo dello Scaffolding

Trattare l'incertezza, attraverso la creazione di uno spazio di incontro con l'altro utile a orientare un'azione condivisa e funzionale, non è, abbiamo visto, un obiettivo da perseguire adempiendo a compiti operativi della mission sanitaria e/o prescrivendo al medico l'assunzione di atteggiamenti non direttivi. L'incertezza, che attraversa ogni prassi sanitaria, può costituire un crocevia in cui scopi medici operativi e processi emotivi si incontrano e si definiscono reciprocamente, organizzando intrecci fra funzioni prettamente mediche e processi di natura psicologica (Saita, Novelli, & Saba, 2011).

Centrare il paziente, costruire *Con-Senso*, condividere la *Titolarità* dei problemi e la *Decisionalità* sono processi complessi, che possono richiedere un processo di riconoscimento e trasformazione delle dinamiche soggettive, culturali ed emozionali che attraversano il campo della relazione sanitaria. Tali processi non possono essere considerati azioni date, tecniche procedurali prescritte quali presupposti della relazione ma, piuttosto, essi costituiscono un compito della stessa relazione basato sul progressivo svilupparsi di specifiche competenze dialogiche e relazionali che tutti i partecipanti sono chiamati progressivamente a mettere in campo. La centratura del paziente, così come il consenso e la decisionalità condivisa possono essere figurati quale prodotto di una relazione che li contempra, ma in alcun modo ne costituiscono un presupposto.

La natura della relazione può essere intesa quale processo che si costruisce e si organizza nel tempo; inoltre, a partire da configurazioni fondate su premesse generalizzate di significato e su procedure e protocolli già definiti, si può arrivare gradualmente a costruire una relazione che promuova ampi processi di sviluppo dei suoi partecipanti. Entro tale logica, la relazione sanitaria cessa di essere considerata un mero contenitore, per

definizione buona ed affidabile, dell'intervento, per divenire luogo in cui l'incontro tra diverse soggettività può produrre conoscenze utili al processo diagnostico e terapeutico, mezzo e strumento attraverso cui esplorare alternative e produrre processi di condivisione di conoscenze e di partecipazione ai processi decisionali.

Per sostenere tale processo, crediamo, occorre una psicologia che si ponga al servizio della relazione sanitaria e delle sue funzionalità, cercando metodi e setting necessari a confrontarsi con questioni attuali e pregnanti, senza separare e scotomizzare, in una sterile contrapposizione, le crescenti richieste e necessità di *evidence*, dal riconoscimento del paziente quale persona, il suo diritto di conoscere e di essere orientato, il suo inalienabile diritto di comprendere alternative e partecipare ai processi decisionali che riguardano la sua esistenza.

Presentiamo dunque un modello di lavoro, una logica che orienti il rapporto tra la psicologia della salute e la medicina, che, come si è anticipato, definiamo *Scaffolding Psicologico alla Relazione Sanitaria* (Freda, 2013; Freda & De Luca Picione, in press; Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015). Il concetto di *Scaffolding*, a partire da un'analogia con la funzione delle impalcature che sostengono gli operai impegnati nei lavori edilizi (Miller, 1983/1987; Wood, Bruner, & Ross, 1976), viene utilizzato come metafora per indicare l'intervento consulenziale di un esperto che aiuta la relazione sanitaria a svolgere ed integrare le sue funzioni psicologiche. Tale processo di sostegno si muove nello *Spazio di Sviluppo Prossimale* della relazione, ovvero nella distanza fra il livello attuale di sviluppo ed il livello di sviluppo potenziale (Vygotskij, 1930/1974, 1934/2008).

In ambito sanitario, lo *Scaffolding* costituisce una struttura provvisoria volta a sostenere:

- a) *I protagonisti della relazione*, nella loro capacità di dare voce e ascolto alla propria soggettività e al reciproco posizionamento;
- b) *Gli strumenti*, da noi intesi quali inediti codici discorsivi, ma anche come trasformazione di alcune procedure in prassi in grado di catalizzare alcune funzioni psicologiche;
- c) *La relazione nel suo complesso*, rispetto alla sua capacità di avere accesso a tutti i punti del campo discorsivo, da noi intesa quale capacità di confrontarsi con i diversi sistemi di significazione che la attraversano e contribuiscono a darle forma.

Lo *Scaffolding* è un intervento che favorisce le abilità dialogiche emergenti della relazione, adattandosi alla quantità di aiuto di cui si necessita; richiede una verifica costante, che lo renda adeguato e corrispondente ai reali bisogni ed ai livelli di competenza del contesto che ne usufruisce. Da un punto di vista dinamico e semiotico, esso si configura come un processo di *catalisi* (De Luca Picione & Freda, 2014; Hoffmeyer, 2007, 2014; Kull, 2014; Valsiner, 2007) dei processi dialogici, poiché prepara e favorisce le condizioni per lo sviluppo del dialogo intrasanitario e consente l'emergenza graduale della soggettività dei suoi partecipanti.

Proponiamo dunque un modello processuale, volto a organizzare un sostegno e costruire un'integrazione tra il sistema medico, la soggettività del paziente ed il contesto sociale e culturale (Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015). L'intervento è volto quindi ad incrementare la plasticità e la flessibilità della relazione nel raggiungere la complessità dei propri compiti, e attraverso di essi nel promuovere processi di resilience (Cyrulnik & Malaguti, 2005) intesi quali competenze di comprensione e fronteggiamento della condizione di malattia.

Come si è detto, attraverso una centratura sui molteplici sistemi di significazione che attraversano la relazione sanitaria, l'intervento di *Scaffolding* è volto a promuovere l'integrazione delle funzioni psicologiche che attraversano i compiti della relazione sanitaria: *Titolarità*, *Consenso*, *Decisionalità* sono compiti che possono essere sviluppati in ambito medico, solo a partire dal rapporto con il corpo e la sua affezione, con il processo patogenetico, con le necessità di trattamento, ma allo stesso tempo essi sono compiti psicologici e relazionali che possono essere contemplati iscrivendo la stessa prassi sanitaria nella molteplicità dei punti di vista che la attraversano.

Nei paragrafi che seguono articoleremo un punto di vista psicologico per dare forma ad alcuni dei compiti della relazione sanitaria (Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015), per provare poi, ne paragrafi successivi, a declinare, anche in ragione di essi, alcuni criteri metodologici dell'Intervento di *Scaffolding*.

Il riconoscimento dei punti di vista: la Titolarità

Come abbiamo discusso finora, il riconoscimento e l'assunzione di un ruolo attivo da parte di tutti gli interlocutori della relazione sanitaria non può essere dato per scontato. Esso necessita che la relazione operi un costante monitoraggio, in modo da garantire ad ognuno degli interlocutori di vedere riconosciuto il

proprio posizionamento all'interno della relazione e promosso il proprio ruolo attivo nello sviluppo del dialogo. In una prospettiva psicologica, l'assunzione di Titolarità può essere interpretata quale compito di *ricoscimento della pluralità dei punti di vista* che attraversano il campo relazionale, nonché quale compito di sviluppo di un *processo di soggettivazione dell'esperienza di malattia* e delle pratiche ad essa connesse (Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015). Essere titolari di un problema non significa essere *tout court* i *proprietari* del problema, ma significa, per il paziente, sentire riconosciuto il diritto di assumere una posizione enunciativa intorno a ciò accade a sé o alla sua famiglia. L'istituzione di una prospettiva di medicina narrativa, può permettere di individuare una marca soggettiva del processo di costruzione di senso della malattia stessa, così come di un eventuale iter sanitario; più che un insieme di tecniche o di prassi, la narrazione in ambito sanitario, si pone quale logica trasformativa di quei processi orientati alla separazione tra persona ed organo malato, un catalizzatore che permette di attivare e riconoscere processi di co-costruzione del senso della relazione (De Luca Picione & Freda, 2014). Il riconoscimento della *Titolarità* si propone come *atteggiamento mentale* del medico invitato a trattare la malattia, non solo in qualità di *disease*, ossia entità oggettiva ed oggettivabile definita in base alla cartella clinica, bensì anche nella sua componente di *illness*, ossia così come percepita e vissuta da ogni partecipante alla relazione e co-costruita nella specificità della consultazione medica (Greenhalgh & Hurwitz, 1999; Hillmann, 1983/1984; Kleinman, 1988). Il rapporto dialogico tra pensiero narrativo e pensiero logico scientifico può produrre delle costanti tensioni nella pratica sanitaria; tuttavia, piuttosto che immaginare una relazione in bilico e in condizione di confusione tra il mondo della storia di malattia ed il mondo dei dati e delle categorizzazioni diagnostiche, è possibile considerare il terreno della relazione sanitaria come campo di dialogo tra codici discorsivi diversi dal cui intreccio possano emergere conoscenza della malattia e *Titolarità* nella sua gestione (Freda & De Luca Picione, in press; Launer et al., 1999). *La Titolarità è dunque il riconoscimento di un punto di vista situato, in relazione all'evento malattia e alle azioni necessarie al suo fronteggiamento.*

La trasformazione delle informazioni in risorse di senso: il Cum-Sensum

Il compito psicologico connesso alla *creazione di un Cum-Sensum*, ovvero di significati condivisi in riferimento ai contenuti della visita, è mediato dai dispositivi del dialogo intrasanitario e mira a promuovere la progressiva capacità della relazione sanitaria di *trasformare le informazioni trasmesse in risorse di senso comprensibili e fruibili dai diversi protagonisti in ragione dei propri scopi* (Freda, 2013; Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015). Costruire significati condivisi significa generare un dispositivo semiotico di contatto tra la trasmissione di informazioni da parte del medico e la trasformazione delle stesse in ragione del modello simbolico con cui il paziente sostanzia la sua condizione (De Luca Picione et al., 2015; Kamenova, 2010; Ruth, Geskey, Shaffer, Bramley, & Paul, 2011).

Attraverso la diagnosi al paziente viene trasmessa un'informazione, il medico identifica un *significante/malattia* per designare quella porzione di reale in ragione del quale è stato consultato. Tale *significante/diagnosi*, anche se pronunciato dal professionista, viene accolto attraverso la rete di significati di chi ascolta: è in questo incontro che la diagnosi da *significante* si fa *significato* (Coriat, 2006/2012). Il discorso medico procede per categorie diagnostiche, ma esse nel momento in cui incontrano una rete di significati di colui che ascolta si fanno forme *significanti* specifiche, trasformate da quell'incontro, si fanno principi organizzatori dell'esperienza di malattia nel più ampio contesto di vita. Il significato di una categoria diagnostica può dirsi compreso quando è iscritto in una struttura narrativa attraverso cui è possibile definire cosa viene vissuto (riguardo quali specifici aspetti dell'esperienza), quali risorse attiva, quali bisogni e/o problemi esso comporta. Anche se non intendiamo tracciare in alcun modo una relazione lineare di causa ed effetto tra la modalità di comunicazione della diagnosi ed il suo impatto traumatico, certamente riteniamo che la relazione sanitaria possa assolvere un importante ruolo di contenimento del paziente e/o del sistema famiglia nell'evento diagnosi, nella condizione di caos e shock che tale evento può, in alcuni casi, generare (Cyrulnik & Malaguti, 2005; Freda, Dicé, Auricchio, Salerno, & Valerio, 2014; Freda, De Luca Picione, & Martino, 2015; Zaleta & Carpenter, 2010).

Nonostante l'evento *comunicazione della diagnosi* possa e debba essere considerato un passaggio chiave dell'iter sanitario, la costruzione del consenso riguarda l'intero arco del processo sanitario (Lyons & Chamberlain, 2006) ed implica sia processi cognitivi e comunicativi di identificazione, chiarificazione e trasmissione delle informazioni, sia processi di natura emotiva, legati all'elaborazione delle ansie connesse alla condizione di malattia. Costruire *Cum-Sensum* non significa dunque ripetere più volte, e in più modi, le informazioni per essere sicuri che esse siano percepite in modo analogo da tutti i protagonisti, ma

accompagnare e monitorare un uso, sul piano emotivo e cognitivo, di tali informazioni in modo che esse potenzino il personale senso di controllo della situazione da parte dei protagonisti. Anche il consenso dunque non è premessa alla relazione, e non può ridursi ad un evento specifico iniziale, quale può essere l'apposizione di una firma al modulo del cosiddetto *consenso informato*.

Il Cum-Sensum è uno scenario possibile generato da una transizione tra i codici propri del contesto medico e di quello familiare ed una progressiva iscrizione delle informazioni mediche nel campo di vita del sistema paziente.

Prendere insieme decisioni: la Concordance fra incertezza e delega

Il terzo compito che discutiamo tratta i processi di *condivisione di decisionalità*, o *Concordance* (Horne, Weinman, Barber, Elliott, & Morgan, 2005), ed ha la funzione di individuare strategie utili a trattare ed elaborare la delega conoscitiva solitamente assunta dal medico nella relazione sanitaria. Tale compito riguarda anche la possibilità di elaborare la condizione di dipendenza dell'utente e di consentire una flessibilità relazionale, dialogica e decisionale di tutti i partecipanti della relazione. Si tratta non solo di assumere una prospettiva, ma di partecipare alle scelte concrete e di entrare nel circuito di distribuzione ed assunzione delle responsabilità. Ribadiamo che la condivisione dei processi decisionali non può coincidere in alcun modo con una premessa di non direttività da parte del medico, che priverebbe il paziente di criteri su cui fondare la partecipazione alla decisione.

Entro una prospettiva dialogica, contestuale ed interpersonale, riteniamo che condividere decisionalità comporti una continua modulazione tra:

- a) Processi di assunzione della delega e vicarianza che rispondono al bisogno del paziente di essere accolto, guidato e curato;
- b) Processi di sostegno e sviluppo, che sostengano il bisogno del paziente di acquisire competenze autonome di comprensione e fronteggiamento della propria condizione.

Il successo di tale modulazione non è, a nostro avviso, ascrivibile unicamente alle caratteristiche personali di medici o pazienti, ma può declinarsi in ragione della capacità della relazione sanitaria di tollerare e trattare le incertezze, i dubbi, le ansietà ed i disagi, esplorando, accogliendo e rendendo disponibili allo scambio le valenze emozionali, cognitive e comportamentali connesse al problema.

Alcuni criteri metodologici dell'Intervento di Scaffolding Psicologico

In ambito sanitario, spesso, l'intervento psicologico è mosso dalla richiesta di uno dei partecipanti alla relazione, spesso in situazioni avvertite come problematiche e in cui gli aspetti psicologici sono avvertiti come ostacolo. Pensiamo, per esempio, alle diverse richieste di sostegno pervenuteci da parte dei medici per le difficoltà nella fase di comunicazione e comprensione della diagnosi (Freda, Gleijeses, & Martino, 2008), a quelle di associazioni di genitori volte al supporto delle competenze genitoriali (Freda & Oberti, 2007), a quelle di un'equipe di endocrinologia pediatrica esperta nella presa in carico e nel trattamento dei Disordini della Differenziazione Sessuale (CNB, 2010; De Luca Picione et al., 2015; Freda et al., 2014; Lee, Houk, Ahmed, & Hughes, 2006), a quelle di un'equipe di medici genetisti nella gestione dei processi decisionali legati agli interventi di counselling genetico (Zaccaro & Freda, 2014). Di fronte a simili richieste, uno psicologo si ritrova, da subito, di fronte alla necessità di prendere delle precise posizioni, in riferimento a dei bivi strategici, in ragione dei quali deve poi organizzare la logica del proprio intervento. Da un lato, infatti, può essere necessario accogliere la richiesta attraverso il ricorso a setting dell'intervento individuali rivolti al paziente e/o prevedere processi formativi di sostegno alle capacità comunicative dei medici; dall'altro lato, invece, può essere utile istituire un *dispositivo di ascolto volto a esplorare le dinamiche emozionali e di senso* che, in rapporto al problema posto, attraversano la relazione sanitaria. Questa prospettiva strategica prevede alcuni assunti metodologici fondati, innanzitutto, su una logica integrativa dell'intervento (Carli & Paniccia, 2003), sulla sospensione della risposta produttiva (Carli, 1987) e sull'assunzione di unità di analisi volte a considerare la richiesta d'intervento entro la struttura di interdipendenza tra equipe sanitaria, sistema paziente e psicologo (Carli & Paniccia, 2003).

L'intervento di *Scaffolding* si muove attraverso l'istituzione di un registro di ascolto che legga tali domande in ragione della loro valenza polifonica, come aree di perturbazione della relazione generate dal gap/scontro tra i codici discorsivi in campo. Intendiamo dire che, sebbene la richiesta provenga, spesso, da una sola istanza, essa può essere intesa come una delle diverse espressioni di significato che si organizzano in maniera

interdipendente entro il campo della relazione sanitaria.

In questo senso, l'intervento può fondarsi su una lettura complessiva delle fenomenologie presenti nel contesto, seguendo una logica di analisi tesa a conoscerne non solo le dimensioni strutturali e processuali esplicite, ma ad interpretare le stesse alla luce dei processi dinamici di significazione che attraversano il campo relazionale e in ragione della comprensione dei modi in cui tali processi sostengono/ostacolano la realizzazione dei compiti previsti. Tale intervento intende, dunque, cogliere le dinamiche trasformative e dialogiche della relazione sanitaria, invece di costruire una rappresentazione statica della stessa come costituita da regole e comportamenti ben definiti a cui tendere o da far rispettare.

Alla luce di quanto finora esposto, definiamo quelle che abbiamo identificato come linee guida per la predisposizione di un intervento psicologico di *Scaffolding*:

- a) Analisi della relazione sanitaria in ragione del suo compito principale (che è la condizione che la istituisce e che non può in alcun momento essere trascurata) e dei diversi compiti che collaborano alla sua realizzazione;
- b) Esplorazione della *configurazione* che il campo assume in ragione dei molteplici sistemi di significazione che emergono e del modo in cui essi contribuiscono a sostenere/ostacolare i compiti della relazione;
- c) Individuazione delle *aree di perturbazione* generate dal confronto/scontro di significati che delimitano zone di incertezza all'interno delle quali il comportamento e le scelte possono essere orientate in direzioni diverse;
- d) Agevolazione dell'*integrazione* dei diversi e molteplici processi di significazione nella gestione della incertezza;
- e) Sostegno allo sviluppo di *nuovi sistemi di significato* di orientamento e/o trasformazione della prassi.

Le *perturbazioni del campo relazionale* sono proprio l'effetto generato dallo scontro-confronto dei diversi sistemi di significazione in atto nella relazione. Tali perturbazioni, sul piano semiotico, possono dar luogo a due effetti diversi: da un lato possono indurre l'irrigidimento delle posizioni epistemiche e di prassi, e dare così spesso luogo a una reificazione ed esternalizzazione del problema (per esempio l'eccessiva ansia dei genitori interpretata quale causa dell'esodo sanitario e/o della non aderenza ad alcune terapie); dall'altro lato possono costituire un'importante possibilità di sviluppo trasformativo se vengono trattate quale aree di gap/scontro tra i codici discorsivi in campo che chiedono di essere considerati. L'intervento di *Scaffolding* assume la funzione di gestire tali perturbazioni, lavorando per sviluppare l'autonomia della relazione.

Stiamo formulando l'ipotesi che lo *Scaffolding* sia un organizzatore di mutualità intesa come processo di scambio e di transizioni tra codici (Kull, 2014; Lotman, 1985, 2005) e possa sostenere processi trasformativi fondati sulla costruzione di un reciproco riconoscimento. In questa prospettiva, lo *Scaffolding* non può configurarsi come una singola azione di intervento dello psicologo con il paziente o con il medico (in un rapporto di potere o dipendenza), ma un processo di regolazione semiotica della relazione che contribuisce al riconoscimento della reciprocità e allo sviluppo dei suoi scopi (Freda & De Luca Picione, in press; Freda & Dicé, 2015; Freda, Dicé, & De Luca Picione, 2015).

Prendiamo, ad esempio, il momento della consegna della diagnosi. Questo è un passaggio particolare e delicato, poiché (da un punto di vista semiotico) *ciò che viene veicolato* dall'etichetta diagnostica (in qualità di segno) può essere traslato dall'ambito discorsivo biomedico a quello soggettivo del paziente. Avviene così un lavoro di traduzione semiotica (Freda, 2008; Freda & De Luca Picione, in press; Lotman, 2005) in cui la diagnosi (in qualità di mediatore semiotico) produce nuovi e imprevedibili conseguenze nel sistema di significazione del paziente (De Luca Picione, 2015; De Luca Picione & Freda, 2015; Freda et al., 2014). In qualsiasi ambito sanitario, la relazione è chiamata ad assumere, in questa fase, il difficile compito di comprendere e articolare i processi che si generano tra la trasmissione di informazioni da parte del medico e la trasformazione ed elaborazione delle stesse da parte del sistema paziente. Durante la fase della comunicazione della diagnosi, risulta evidente come il processo di progressiva costruzione e condivisione di conoscenza possa fondarsi sulla delicata modulazione tra le funzioni vicarianti da parte del ruolo esperto e quelle di conferimento di capacità, volte a sviluppare autonomia e partecipazione ai processi decisionali. Come si è detto, questa modulazione di funzione può essere complicata dal fatto che, quando si rivolge ad un medico, un paziente si trova in una condizione di ignoranza rispetto alle competenze del tecnico ed è presumibilmente in condizione di ansietà, desideroso di affidarsi all'esperto per avere risposte sicure.

L'insieme di questi compiti può essere descritto in termini operativi, parafrasando le procedure di un iter diagnostico o di un protocollo terapeutico, ma si ritiene che essi chiamino in ballo complesse funzioni psicologiche con cui oggi la prassi sanitaria è chiamata a confrontarsi. Lo sviluppo di tali funzioni non può essere compreso sino in fondo se considerato da un punto di vista unicamente operativo, oppure l'esito di una mirata strategia comunicativa. Si ritiene infatti che il loro sviluppo nella relazione sanitaria sia

strettamente connesso all'elaborazione delle vicissitudini affettive e di senso, che attraversano e contribuiscono ad orientare l'andamento della prassi medica. Lo psicologo, attraverso la sua partecipazione, agisce in funzione di catalizzatore (De Luca Picione & Freda, 2014; Valsiner, 2007, 2005) dei processi psicologici in corso e contribuisce a favorire processi dialogici di scambio.

Attraverso un uso metodologicamente orientato della relazione, la funzione di *Scaffolding* può promuovere la circolarità dello scambio dialogico e il riconoscimento della pluralità dei punti di vista in campo, contenere e focalizzare gli stati emozionali, monitorare lo sviluppo della stessa relazione sanitaria, agevolare la produzione di risorse di senso utilizzabili in ragione di un orientamento consapevole all'azione, sempre scelta tra diverse alternative.

Sospensione dell'azione e azione congiunta

Non è possibile presentare il modello di intervento di *Scaffolding Psicologico per la relazione sanitaria* attraverso la descrizione di precise cornici organizzative del setting; è più utile fare riferimento a funzioni metodologiche che potranno poi assumere formati e strutture organizzative peculiari in ragione dei contesti e dei problemi di cui si è chiamati ad occuparsi. A fronte di tale varietà è possibile però proporre la necessità di una di una funzione metodologica del setting dinamica, di tipo oscillatorio tra fasi di sospensione dell'azione produttiva, in cui attivare processi simbolopoietici di emergenza e condivisione di significati e fasi di partecipazione alla prassi medica. Ad esempio, l'alternanza tra lavori di gruppo multidisciplinare con l'equipe sanitaria, con la strutturazione di spazi e tempi di azione congiunta entro la prassi sanitaria (quali la partecipazione alle fasi di comunicazione della diagnosi), sino all'individuazione di prassi specifiche.

L'andamento oscillante tra un *pensare* ed un *fare* pone ad oggetto di riflessione il contesto relazionale e le prassi che in esso si iscrivono. Gradualmente, nel corso del processo di intervento, è possibile negoziare una trasformazione delle stesse prassi e/o introduzione di nuove prassi utili a sostenere un'integrazione delle funzioni psicologiche secondo modalità specifiche e variabili, in ragione dei diversi contesti sanitari. Si procede verso la possibilità di *pensare* un *fare* in una prospettiva orientata all'*accomodamento*, orientata quindi a trasformare le modalità di funzionamento della relazione, qualora esse siano ostacolanti la possibilità di traguardare i compiti operativi richiesti dall'istituzione sanitaria.

In un progetto di ricerca-intervento, volto a supportare la relazione tra pediatri e famiglie nella presa in carico di patologie genetiche metaboliche, si è giunti attraverso un lavoro di gruppo con l'equipe pediatrica alla introduzione di una modifica della prassi di comunicazione della diagnosi negoziata definita *tornare insieme sulla diagnosi* (Gleijeses & Freda, 2009). Tale modifica ha assunto la funzione principale di trasformare la fase diagnostica da *evento* puntuale a *processo*, attraverso l'istituzione di un secondo colloquio con la famiglia entro un breve arco temporale dalla prima comunicazione di diagnosi. In tale momento, attraverso una collaborazione diretta e congiunta tra professionalità medica e psicologica, è stato possibile aprire uno spazio per accogliere le domande e le ansie dei genitori e ridurre i fenomeni di esodo sanitario (Freda et al., 2008; Freda & Dicé, 2015; Gleijeses & Freda, 2009).

È importante evidenziare che la funzione di *Scaffolding* non intende muoversi nella logica di un attacco distruttivo all'asimmetria costitutiva della relazione sanitaria: essa si profila come un intervento critico e mirato che riconosce l'importanza della asimmetria relazionale (in termini di conoscenze e posizionamenti) in medicina, del faticoso lavoro psichico relativo al trattamento delle incertezze e dei bisogni di rassicurazione da parte del paziente (che determinano spesso gli atteggiamenti di direttività del medico). Per questo motivo, lo *Scaffolding* non intende lavorare in direzione della simmetrizzazione della relazione (in cui i poteri decisionali del medico e del paziente possono scontrarsi) quanto in direzione della *partecipazione*, del *dialogo*, del *confronto*, della *messa in parola* di sentimenti, aspettative, incertezze, delusioni, speranze ai fini di una costruzione partecipativa del consenso nella progettualità terapeutica. Ciò richiede che l'intervento psicologico predisponga *setting di azione congiunta* in momenti e passaggi cruciali della stessa relazione. Pensiamo, ad esempio, ai momenti di costruzione dei processi anamnestici e diagnostici, il momento della consegna di una diagnosi o di un risultato d'esame particolarmente significativo, i momenti di consulenza genetica (Freda & Milito Pagliara, 2012; Zaccaro & Freda, 2014, 2011), i momenti di valutazione e scelta terapeutica o momenti di follow-up, etc. Questi sono tutti momenti di particolare centralità in cui si verificano grandi ambivalenze emotive e in cui molteplici scenari di significato (come cornici di senso contrapposte) rendono difficile la prosecuzione e lo svolgimento della prassi sanitaria. L'esperienza di malattia, tutt'altro che integrata e olistica, è generata da una frattura della continuità dei sistemi identitari e relazionali del malato (Freda, De Luca Picione, & Martino, 2015). In questo senso, lo *Scaffolding* assume, in termini semiotici e psicologici, la possibilità di generare integrazione mediante

l'ascolto, il confronto, il dialogo e la *traduzione* (quale processo trasformativo dei significati) tra le diverse istanze di significato che si generano nell'esperienza di malattia attraverso la relazione sanitaria.

L'aspetto centrale, ribadiamo, sta nel considerare lo *Scaffolding* come intervento ai fini dello sviluppo di competenze della relazione e di fronteggiamento dell'evento critico per i singoli protagonisti, non di mera assistenza. Il fine dell'intervento, infatti, non vuole essere solo quello di prestare sostegno, ma di lavorare congiuntamente in direzione dell'acquisizione di funzioni psicologiche e relazionali. In quanto consulenza transitoria, lo *Scaffolding* non deve rischiare di staticizzare la figura dello psicologo, ma deve essere gradualmente sottratto al fine di consentire l'introduzione e l'acquisizione di una nuova funzione all'interno del processo. Riprendendo l'aspetto metaforico, l'impalcatura può essere smontata quando il sostegno, in quanto funzione, è stato interiorizzato.

Cenni conclusivi

La prospettiva dinamica che abbiamo scelto aiuta a definire la relazione sanitaria come un sistema in trasformazione che, sebbene prenda forma a partire da significati istituzionali, sociali, culturali e scientifici già costituiti ed accettati implicitamente dai suoi partecipanti, preserva una certa imprevedibilità nei suoi esiti. Dal punto di vista relazionale, e in accordo con le attuali istanze sociali, tale riflessione ci conduce a precisare con vigore che: *non si entra come soggetto autonomo in una relazione sanitaria, ma si lavora verso l'autonomizzazione, verso la decisionalità condivisa, verso il consenso*. Riteniamo che l'utilizzo di una prospettiva dinamica possa consentire che tale aspetto genetico e trasformativo divenga esso stesso un aspetto peculiare del modello. Il modello integrativo dello *Scaffolding*, infatti, può assumere che una *buona relazione sanitaria* non possa essere, per definizione, una relazione competente fin dal principio, ma un rapporto che deve lavorare verso lo sviluppo delle competenze dei suoi soggetti nel dare significato a quanto sta accadendo, nel ristrutturare i significati a partire dalla riflessione sul proprio posizionamento e sui propri vissuti emotivi.

Il ruolo dello psicologo, in quanto partecipante nella relazione, implicato nello sviluppo di essa ed in una funzione di facilitatore al processo di sensemaking, può esplicarsi mediante l'uso di funzioni di contenimento, di ascolto congiunto, di rilancio di questioni. Lo *Scaffolding* infatti non può essere inteso come una serie di procedure definite, con una successione di fasi da realizzare, ma un modello dinamico, orientato dallo specifico stato transitorio o quiescente della relazione che realizza un processo integrativo di sensemaking. La stessa circoscrizione e delimitazione nel tempo dell'intervento è in linea con la prospettiva trasformativa, secondo la quale lo *Scaffolding* non si presta ad essere un processo continuativo, ma una consulenza ed una mediazione relazionale temporanea. Dunque, non uno strumento procedurale e prescrittivo, ma una dinamica processuale che possa organizzare nuove traiettorie possibili di trasformazione della relazione attraverso lo sviluppo delle competenze dei suoi attori.

Bibliografia

- Balint, M. (1957). *The Doctor, his Patient and the Illness*. London: Churchill Livingstone.
- Bert, G. (2007). *Medicina narrativa* [Narrative medicine]. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Bonino, S. (2013). Luci e ombre della medicina predittiva [Lights and shadows of predictive medicine]. *Psicologia contemporanea*, 239, 30-31.
- Carli, R. (1987). *Psicologia clinica: Introduzione alla teoria e alla tecnica* [Clinical psychology: Introduction to theory and technique]. Torino: UTET.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *L'analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and technique of the intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Charon, R. (2001). Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(15), 1897-1902. doi: 10.1001/jama.286.15.1897
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: University Press.
- Charon, R., & Wyer, P. (2008). Narrative evidence based medicine. *The Lancet*, 371(9609), 296-297.

- CNB – Comitato Nazionale per la Bioetica (2010). *I Disturbi della Differenziazione Sessuale nei minori: Aspetti bioetici* [Disorders of Sex Development in children: Bioethical issues]. Retrieved from <http://www.palazzochigi.it>
- Coriat, E. (2012). *Puoi perdermi? La psicoanalisi nella clinica dei piccoli bambini con grandi problemi* [Can you lose me? Psychoanalysis in the clinic of small children with big problems] (L.T. Rodriguez & M. Becce, Trans.). Milano: Et al. Edizioni (Original work published 2006).
- Cyrulnik, B., & Malaguti, E. (2005). *Costruire la resilienza: La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi* [Building resilience: The successful reorganization of life and the creation of meaningful relationships]. Trento: Edizioni Erickson.
- De Luca Picione, R. (2015). The Idiographic Approach in Psychological Research: The Challenge of Overcoming Old Distinctions Without Risking to Homogenize. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 49(3), 360-370. doi:10.1007/s12124-015-9307-5
- De Luca Picione, R., Dicé, F., & Freda, M.F. (2015). La comprensione della diagnosi di DSD da parte delle madri: Uno studio sui processi di sensemaking attraverso una prospettiva semiotico-psicologica [A study about processes of sensemaking of the disease through a semiotic-psychological perspective: The understanding of the DSD diagnosis by mothers]. *Psicologia della Salute*, 2, 47-75. doi: 10.3280/PDS2015-002004
- De Luca Picione, R., & Freda, M.F. (2012). Senso e Significato [Sense and meaning]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 17–26. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/rpc>
- De Luca Picione, R., & Freda, M.F. (2014). Catalysis and Morphogenesis: The Contextual Semiotic Configuration of Form, Function, and Fields of Experience. In K.R. Cabell & J. Valsiner (Eds.), *The catalyzing mind. Beyond models of causality: Annals of Theoretical Psychology 11* (pp.149-163). New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-8821-7
- De Luca Picione, R., & Freda, M.F. (2015). Borders and Modal Articulations: Semiotic Constructs of Sensemaking Processes Enabling a Fecund Dialogue Between Cultural Psychology and Clinical Psychology. *Journal of Integrative Psychological and Behavioral Science*. doi: 10.1007/s12124-015-9318-2
- De Luca Picione, R., & Freda, M.F. (in press). The processes of meaning making, starting from the morphogenetic theories of René Thom. *Culture and Psychology*.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Epstein, R.M., & Street, R.L. (2011). The values and value of patient-centered care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. doi: 10.1370/afm.1239
- Freda, M.F. (2008). *Narrazione e intervento in psicologia clinica: Costruire, pensare e trasformare narrazioni* [Narration and intervention in clinical psychology: Constructing, thinking and transforming narratives]. Napoli: Liguori.
- Freda, M.F. (2013, May). *Lo Scaffolding Psicologico alla relazione sanitaria* [Psychological Scaffolding to the healthcare relationship]. Paper presented at the X Congresso Nazionale della S.I.P.Sa–Società Italiana di Psicologia della Salute. Orvieto, IT.
- Freda, M.F., & De Luca Picione, R. (2012). Relational and organizational value of Self-Positions. *International Journal of Dialogical Science*, 6(1), 51-60.
- Freda, M.F., & De Luca Picione, R. (2013). Cornici ermeneutiche della narrazione e sviluppo della riflessività nel dialogo clinico [Hermeneutical frames of the narration and of the development of reflexivity in clinical dialogue]. *Psichiatria e Psicoterapia*, 32(4), 250-262.
- Freda, M.F., & De Luca Picione, R. (2014). The identity as a system of translation of the boundary between subject and context. In S. Salvatore, A. Gennaro & J. Valsiner (Eds.), *Yearbook of Idiographic Science-Vol. V* (pp. 179-194). Charlotte, NC: IAP–Information Age Publishing.

- Freda, M.F., & De Luca Picione, R. (in press). An intervention model of Psychological Scaffolding for the Doctor-Patient Relationship. In G. Sammut, S. Salvatore, & J. Valsiner (Eds.), *Yearbook of Idiographic Science*. Charlotte, NC: IAP-Information Age Publishing.
- Freda, M.F., De Luca Picione, R., & Martino, M.L. (2015). Times of illness and illness of time. In L.M. Simao, D.S. Guidamaras, & J. Valsiner (Eds.), *Temporality: Culture In The Flow Of Human Experience* (pp. 209-234). Charlotte, NC: IAP. Information Age Publishing.
- Freda, M.F., & Dicé, F. (2015). Metodi per lo Scaffolding Psicologico alla Relazione Sanitaria in Pediatria: I Setting di Ascolto Congiunto [Methods for Psychological Scaffolding for Healthcare Relationship in Pediatrics: Joint Listening Setting]. In S. Di Nuovo (Ed.), *Psicologia della Salute e Salute della Psicologia. Proceedings of the XI Congresso Nazionale della S.I.P.Sa–Società Italiana di Psicologia della Salute* (p. 64). Acireale: Bonanno Edizioni.
- Freda, M.F., Dicé, F., & Auricchio, M. (2013). La funzione di Scaffolding Psicologico per la Comprensione della Diagnosi in Pediatria [The function of Psychological Scaffolding for the Understanding of the Diagnosis in Pediatrics]. In R. Vitelli, P. Fazzari, N. Rainone & M.F. Freda (Eds.), *Proceedings of the XV Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica* (pp. 190-191). Napoli: Fridericiana Editrice Universitaria.
- Freda, M.F., Dicé, F., Auricchio, M., Salerno, M., & Valerio, P. (2014). Suspended sorrow: The crisis in the understanding of the diagnosis for the mothers of children with a Disorder of Sex Development. *International Journal of Sexual Health*, 2(2), 186-198. doi: 10.1080/19317611.2014.957793
- Freda, M.F., Dicé, F., & De Luca Picione, R. (2015). Psychological Scaffolding at Doctor Patient Relationship in Pediatrics: A methodological proposal. In M.C. Quattropiani & C. Mento (Eds.), *Proceedings of XVII National Congress Italian Psychological Association Clinical And Dynamic Section. Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 3(2), 52-53. doi: 10.6092/2282-1619%2F2015.1.1097
- Freda, M.F., Gleijeses, M.G., & Martino, M.L. (2008). The triangle pediatricians parent and child: Which space for psychological intervention. *Psychology and Health*, 23(2), 23-24.
- Freda, M.F., & Guerra, G. (2012). La consulenza genetica: Quali questioni per la psicologia della salute [Genetic counselling: What issues for health psychology]. *Psicologia della Salute*, 3, 5-10.
- Freda, M.F., & Milito Pagliara, F. (2012). Narration and discourse in the clinical dialogue. In S. Salvatore, A. Gennaro, & J. Valsiner (Eds.), *Making Sense of Infinite Uniqueness: The Emerging System of Idiographic Science* (pp. 177-204). Charlotte, NC: IAP. Information Age Publishing.
- Freda, M.F., & Oberti, A. (2007). Il sostegno come matrice di significati: Resoconto di un intervento con un'associazione di genitori [Holding as a matrix of meanings: A report of an intervention within an association of parents]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 339-353. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/rpc>
- Gleijeses, M.G., & Freda, M.F. (2009). La relazione pediatra-madre il punto di vista dei pediatri tra vincoli e linee di sviluppo [The pediatrician-mother relationship: the viewpoint of pediatricians between constraints and development lines]. *Rivista di Psicologia della Salute*, 1, 15-31.
- Greenhalgh, T. (2010). *How To Read a Paper: The Basics of Evidence-Based Medicine* (4th ed.). London: Wiley–Blackwell.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, J. (1999). Narrative based medicine: Why study narrative? *British Medical Journal*, 318(7175), 48-50. doi: 10.1136/bmj.318.7175.48
- Hillman, J. (1984). *Le storie che curano: Freud, Jung, Adler* [Healing fiction] (M. Ventura & P. Donfrancesco, Trans.). Milano: Raffaello Cortina Editore (Original work published 1983).
- Hoffmeyer, J. (2007). Semiotic Scaffolding of living systems. In M. Barbieri (Ed.), *Introduction to Biosemiotics: The New Biological Synthesis* (pp. 149-166). Dordrecht: Springer.
- Hoffmeyer, J. (2014). Semiotic Scaffolding: A Biosemiotic Link Between Sema and Soma. In K.R. Cabell & J. Valsiner (Eds.), *The catalyzing mind. Beyond models of causality. Annals of Theoretical Psychology* (pp. 95-110). New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-8821-7_5

- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2005). *Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking: Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. Retrieved from <https://www.academia.edu>
- Hyden, L.C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 48-69. doi: 10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x
- Kamenova, K. (2010). Politics and Persuasion in Medical Controversies. *American Journal of Bioethics*, 10(9), 68-69. doi: 10.1080/15265161.2010.499585
- Kleinman, A. (1988). *The narrative Illness: Suffering, healing & the human condition*. New York, NY: Basic Book.
- Kull, K. (2014). Catalysis and Scaffolding in Semiosis. In K.R. Cabell & J. Valsiner (Eds.), *The catalyzing mind. Beyond models of causality: Annals of Theoretical Psychology* (pp. 111–121). New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-8821-7
- Launer, L.J., Andersen, K., Dewey, M.E., Letenneur, L., Ott, A., Amaducci, L.A. ... Hofman, A. (1999). Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: Results from EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. *European Studies of Dementia. Neurology*, 52(1), 78-84. doi: 10.1212/wnl.52.1.78
- Lee, P.A., Houk, C.P., Ahmed, S.F., & Hughes, I.A. (2006). Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. *Pediatrics*, 118(2), 488-500. doi:10.1542/peds.2006-0738
- Lotman, J.M. (1985). La Semiosfera. In S. Salvestroni (Ed). *La semiosfera: L'asimmetria e il dialogo nelle strutture pensanti [The Semiosphere: Asymmetry and dialogue in thinking structures]* (pp. 55-76). Venezia: Marsilio.
- Lotman, J. (2005). On the semiosphere. *Sign Systems Studies*, 33(1), 205-229.
- Lyons, A., & Chamberlain, K. (2006). *Health Psychology: A Critical Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, P.H. (1987). *Teorie dello Sviluppo Psicologico [Theories of Developmental Psychology]* (C. Gobbo, Trans.). Bologna: Il Mulino (Original work published 1983).
- Ruth, J., Geskey, J., Shaffer, M., Bramley, H., & Paul, I. (2011). Evaluating communication between pediatric primary care physicians and hospitalists. *Clinical Pediatrics*, 50(10), 923-928. doi: 10.1177/0009922811407179
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312 (7023), 71-72. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71
- Saita, E., Novelli, M., & Saba, G. (2011). Pearls Toolbox: L'equipaggiamento psicologico per il medico [Pearls Toolbox: Psychological equipment for the medical doctor]. In E. Saita (Ed.), *Pensare alla salute e alla malattia: Legami tra mente, corpo e contesto di appartenenza* (pp. 53-67). Milano: EDUCatt.
- Salvatore, S., & Freda, M.F. (2011). Affect, unconscious and sensemaking: A psychodynamic, semiotic and dialogic model. *New Ideas in Psychology*, 29(2), 119-135. doi: 10.1016/j.newideapsych.2010.06.001
- Suchman, A.L. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 277(8), 678-682. doi: 10.1001/jama.277.8.678
- Timmermans, S., & Mauck, A. (2005). The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Affairs*, 24(1), 18-28. doi: 10.1377/hlthaff.24.1.18. PMID 15647212
- Valsiner, J. (2005). Scaffolding within the structure of dialogical self: Hierarchical dynamics of semiotic mediation. *New Ideas in Psychology*, 23(3), 197-206. doi: 10.1016/j.newideapsych.2006.06.001
- Valsiner, J. (2007). *Culture in minds and societies: Foundation of Cultural Psychology*. New Delhi: SAGE Publications.

- Vygotskij, L.S. (1974). *Storia dello sviluppo delle funzioni psichiche superiori* [The development of higher psychological processes] (M.S. Vegetti, Trans.). Firenze: Giunti-Barbera (Original work published 1930).
- Vygotskij, L.S. (2008). *Pensiero e linguaggio* [Thought and Language] (L. Mecacci, Trans.). Bari: Editori Laterza (Original work published 1934).
- Wood, D., Bruner, J., & Ross, G. (1976). The Role Of Tutoring In Problem Solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17(2), 89-100. doi: 10.1111/j.1469-7610.1976.tb00381.x
- Zaccaro, A., & Freda, M.F. (2011). La consulenza genetica: Verso un modello integrato medico-psicologico [Genetic counselling: Towards a medical psychological integrated model]. *Psicologia della Salute*, 1, 11-31.
- Zaccaro, A., & Freda, M.F. (2014). Making sense of risk diagnosis in case of prenatal and reproductive genetic counselling for neuromuscular diseases. *Journal of Health Psychology*, 19(3), 344-357, doi: 10.1177/1359105312470852
- Zaleta, A.K., & Carpenter, B.D. (2010). Patient-centered communication during the disclosure of a dementia diagnosis. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(6), 513-520. doi: 10.1177/1533317510372924

The relationship between hospital and territory in the implementation of continuity care: The case of the end of life

Manuela Tomai^{*}, Veronica Rosa^{**}, Valentina Bua^{***}, Rossella Valotta^{****}

Abstract

Continuity of care is a fundamental principle in primary care. It responds to the integration and collaboration principle between different health-care services. At the organizational level, continuity of care is the provision of services included in a management plan that uses a shared model of network work. Implementing the network between hospital and territory implies a radical cultural change, which shows many difficulties to be achieved in Italian reality. The complexity of this challenge is most evident in the management of end of life, especially for physicians. In this regard, in our study we posed the following research questions: As physicians represent the continuity between hospital and territory in the management of terminal patients? What are the cultural characteristics of the Hospital and Hospice? How it is treated the issue of the end of life? Therefore, main objective of the research was to investigate the cultural models that organize the representations of physicians regarding continuity of care in the end of life. Through semi-structured interview, were interviewed 10 physicians (4 UOC of Medical Oncology Hospital, 4 of the Division of Emergency Medicine Hospital and 2 of hospice), operating in Umbria territory. The texts of the interviews were fully transcribed and analyzed through the Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Overall, the findings highlight a offer of services to the terminal patient not included in a shared network and a culture of continuity of care still weak but strongly different in the two contexts. The *handover* process appears to be a formal practice, not built on the patient and family's needs, and acted when the end of life is imminent. The function of the psychological profession is discussed, highlighting the need for its placement within the care team, not only with tasks of assistance to users but even on the facilitation of the working group processes and *handover* construction.

Keywords: hospital; hospices; handover; continuity of care; end of life.

* Researcher at the Department of Dynamic and Clinical Psychology, University "Sapienza" in Rome. E-mail: manuela.tomai@uniroma1.it

** Postdoctoral Research at the Department of Dynamic and Clinical Psychology, University "Sapienza" in Rome. E-mail: veronica.rosa@uniroma1.it

*** Postgraduate in Health Psychology at the Department of Dynamic and Clinical Psychology, University "Sapienza" in Rome. E-mail: valentinabua88@gmail.com

**** Postgraduate in Health Psychology at the Department of Dynamic and Clinical Psychology, University "Sapienza" in Rome. E-mail: rossella.valotta@gmail.com

Tomai, M., Rosa, V., Bua, V., & Vallotta, R. (2015). Il rapporto tra ospedale e territorio nell'attuazione della continuità assistenziale: Il caso del fine vita [The relationship between hospital and territory in the implementation of continuity care: The case of the end of life]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-43. doi: 10.14645/RPC.2015.2.547

Il rapporto tra ospedale e territorio nell'attuazione della continuità assistenziale: Il caso del fine vita

Manuela Tomai^{*}, Veronica Rosa^{**}, Valentina Bua^{***}, Rossella Valotta^{****}

Abstract

La continuità assistenziale è un principio fondamentale nelle cure primarie.

Essa risponde all'obiettivo di creare una integrazione e una collaborazione tra le varie strutture e servizi di assistenza sanitaria. A livello organizzativo rappresenta l'erogazione di servizi inseriti all'interno di un piano gestionale condiviso che dovrebbe sostanzarsi nella capacità di avviare e mantenere attivo un modello di lavoro in rete.

Implementare un lavoro di rete tra ospedale e territorio implica un cambiamento culturale radicale che sembra essere perseguito con molta difficoltà nella realtà italiana. La difficoltà di questa sfida è più evidente nella gestione del fine vita, specialmente per il personale medico.

A questo proposito il nostro studio si pone le seguenti domande di ricerca: come i medici si rappresentano la continuità tra ospedale e strutture del territorio deputate alla gestione di pazienti terminali? Quali sono le connotazioni culturali prevalenti della struttura ospedaliera e dell'*hospice*? Come viene trattata la questione del fine vita?

L'obiettivo principale della ricerca è stato quello di esplorare i modelli culturali che organizzano le rappresentazioni che i medici hanno della continuità della cura nel fine vita. A questo proposito sono stati intervistati, attraverso un'intervista semi-strutturata, 10 medici (4 appartenenti all'Unità Operativa Complessa di Oncologia medica dell'ospedale, 4 appartenenti all'UOC di Medicina d'urgenza dell'ospedale e 2 appartenenti all'*hospice*), operanti nel territorio di un capoluogo di provincia umbro.

I testi delle interviste sono stati interamente trascritti e analizzati attraverso l'Analisi Fenomenologica Interpretativa (IPA).

Complessivamente i dati emersi evidenziano una offerta dei servizi al paziente terminale non inserita in una rete condivisa, una cultura della continuità assistenziale ancora debole ma fortemente differente nei due contesti di riferimento (ospedale e *hospice*). Il processo di *handover* appare una pratica sostanzialmente formale e adempitiva, non basata su una comunicazione efficace e costruita sulle esigenze di paziente e familiare, quanto piuttosto agita in tempi strettissimi e quando il fine vita è imminente.

Viene, infine, discussa la funzione della professione di psicologo, evidenziando la necessità di una sua collocazione all'interno del team di assistenza, non solo con compiti di assistenza agli utenti, ma anche di facilitazione dei processi di lavoro e di costruzione dell'*handover*.

Parole chiave: ospedale; hospice; handover; continuità assistenziale; fine vita.

* Ricercatore presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "Sapienza". E-mail: manuela.tomai@uniroma1.it

** Assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "Sapienza". E-mail: veronica.rosa@uniroma1.it

*** Specializzanda in Psicologia della Salute presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "Sapienza". E-mail: valentinabua88@gmail.com

**** Specializzanda in Psicologia della Salute presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "Sapienza". E-mail: rossella.valotta@gmail.com

Tomai, M., Rosa, V., Bua, V., & Vallotta, R. (2015). Il rapporto tra ospedale e territorio nell'attuazione della continuità assistenziale: Il caso del fine vita [The relationship between hospital and territory in the implementation of continuity care: The case of the end of life]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-43. doi: 10.14645/RPC.2015.2.547

Introduzione

Nel ventunesimo secolo, il graduale allungamento della vita e l'esponenziale aumento delle patologie croniche (WHO, 2002) hanno progressivamente reso inefficace la sanità ospedaliera, per lo più organizzata intorno alla gestione delle acuzie. La patologia cronica, cronico-degenerativa o a diagnosi infausta, richiede una risposta sanitaria complessa, prolungata nel tempo e in grado di tener conto parallelamente di molteplici fattori concomitanti (Ritchie, 2007). Una risposta efficace alle nuove istanze sociali e di salute implica, quindi, la collaborazione di professionisti diversi e l'integrazione di servizi sanitari tradizionalmente orientati verso una erogazione disgiunta e non coordinata (Ploch & Klazinga, 2002).

Nell'ultimo ventennio, in risposta a questa sfida, diversi paesi hanno sperimentato modelli di assistenza sanitaria organizzati intorno al principio di continuità della cura (Ouwens, Wollersheim, Hermens, Hulscher, & Grol, 2005). La continuità assistenziale rappresenta, perciò, un principio fondamentale nelle cure primarie (Pandhi & Saultz, 2006; Reid, Haggerty, & McKendry, 2002;), favorito od ostacolato da numerosi fattori che sono stati esplorati da un'ampia letteratura internazionale. Tra questi, alcuni, come le dimensioni relazionali e comunicative dei diversi attori (vedi De Vleminck et al., 2013; Slort et al., 2011; Teno et al., 2013; Visser, Deliens, & Houttekier, 2014) o le modalità di organizzazione, gestione e finanziamento dei servizi, hanno ricevuto molta attenzione, mentre altri, come le credenze e i valori del personale sanitario (Baggs et al., 2012; Garland & Connors, 2007; Sibbald, Downar, & Hawryluck, 2007) e le dimensioni culturali dei contesti di cura (Naylor, 2003), appaiono sostanzialmente trascurati. Queste ultime in particolare, anche se genericamente riconosciute, raramente sono oggetto diretto di indagine. Ciò costituisce una lacuna significativa nella ricerca, in considerazione soprattutto del fatto che l'implementazione di modelli che rispondano al principio di continuità assistenziale impone un radicale cambiamento culturale che si scontra con dimensioni istituzionali, rappresentazioni di obiettivi, prassi lavorative e identità professionali fortemente radicate nei sistemi sanitari.

Per questi motivi, la realizzazione di tale processo di riorganizzazione dei servizi, soprattutto in Italia, risulta problematica ed evidenzia maggiormente le sue difficoltà in quelle aree dell'assistenza sanitaria, come la gestione del fine vita, dove tali assetti vengono messi maggiormente in discussione.

Nel presente lavoro l'esplorazione delle rappresentazioni è stata collocata all'interno dello studio delle dinamiche collusive (Carli & Paniccia, 2003) presenti nelle organizzazioni sanitarie di riferimento. In questa prospettiva, il costrutto di collusione si riferisce alla simbolizzazione emozionale del contesto, intesa come componenti emotive e simboliche condivise da parte di tutti quelli che ad esso partecipano. Secondo tale ottica i modelli collusivi si configurano quali organizzatori delle relazioni individuo-contesto che regolano i rapporti interpersonali. Le simbolizzazioni affettive che le persone sperimentano nell'interazione quotidiana consentono di aumentare il consenso e la stabilità nelle rappresentazioni degli individui appartenenti ad uno stesso contesto. Le rappresentazioni sociali, perciò, risultano plasmate dai modelli culturali e trattarle in termini di valutazioni cognitive, stereotipi e, credenze (Langher, Caputo, Ricci, & Ajdinski, 2014) risulta avere un'efficacia limitata.

Il lavoro che proponiamo presenta elementi di novità a partire dall'attenzione riservata alla prospettiva del medico, molto poco esplorata rispetto all'esperienza dei pazienti e del *caregiver* (vedi Haggerty, Roberge, Freeman, & Beaulieu, 2013; Michiels et al., 2007; Waibel, Henao, Aller, Vargas, & Vázquez, 2012), e del medico ospedaliero e palliativista in particolare. Gli studi che indagano la percezione e il valore che i medici hanno della continuità assistenziale (Delva, Kerr, & Schultz, 2011; Ridd, Shaw, & Salisbury, 2006; Schers, Ven, Hoogen, & Bosch, 2004; Stokes et al., 2005), interpellano prevalentemente medici di base e medici di medicina generale, utilizzando interviste (Delva et al., 2011; Ridd et al., 2006; Schers et al., 2004) o questionari (Schers et al., 2004; Stokes et al., 2005), che però non si collocano mai all'interno di un modello psicodinamico. Attraverso lo studio qui presentato intendiamo rispondere alle attuali tendenze del settore sanitario che richiedono di spostare il *focus* di interesse per la continuità oltre il rapporto tra medico e paziente e di attraversare i confini organizzativi (Reid et al., 2002). In questa direzione si è fatto specifico riferimento alla costruzione del processo di collaborazione tra ospedale e *hospice*, indagando in particolare la capacità dei medici di "pensarsi" operanti all'interno di una rete. Per quanto a nostra conoscenza, questo aspetto del *topic* da noi preso in considerazione è ancora inesplorato.

Continuità di cura, handover e lavoro di rete nel fine vita

La continuità assistenziale è un costrutto complesso cui si è fatto riferimento con nomenclature diverse usate spesso come sinonimi: coordinazione della cura, piano di dimissione, *case management*, integrazione dei servizi, *seamless care*, *integrated care*, etc. Per più di trenta anni, la ricerca ha dedicato attenzione a chiarire

cosa va inteso per continuità assistenziale e a stabilire un consenso su concetti e definizioni. Al momento, pur attribuendo al concetto di continuità accezioni parzialmente differenti nei diversi ambiti di riferimento (cure primarie, salute mentale, *nursing*, etc.) (Reid et al., 2002), sembra essere trasversalmente condivisa l'idea di un costrutto, articolato in tre livelli di complessità crescente (Freeman et al., 2007; Haggerty et al., 2003; Saultz, 2003): continuità informativa, continuità di rapporto o relazionale, continuità gestionale.

La continuità informativa fa riferimento a un adeguato scambio di informazioni tra operatori sanitari e servizi, mentre la continuità di rapporto implica una relazione continuativa e di qualità tra chi eroga e chi riceve un servizio sanitario. La ricerca ha documentato come un rapporto stabile nel tempo con il/i curante/i, aumenti il livello di soddisfazione sia dei pazienti che del personale, favorisca migliori rapporti di fiducia tra medico e paziente (Fairhurst & May, 2006; Saultz & Albedaiw, 2004; Von Bültzingslöwen, Eliasson, Sarvimäki, Mattsson, & Hjortdahl, 2006) ed esiti in condizioni di salute più favorevoli (Brookhart et al., 2007). La continuità gestionale, infine, riguarda i processi coinvolti nel coordinare, integrare e personalizzare la cura. Tale dimensione si rende necessaria ogni volta che un paziente necessita dell'intervento congiunto di più professionisti e si esplica sia a livello del *team work* che tra i *team* di assistenza primaria e secondaria (territorio ed ospedale). Nel primo caso fa riferimento alla condivisione di obiettivi, alla pianificazione dell'intervento, ai processi decisionali e di valutazione dell'efficacia, che avvengono all'interno delle *équipe* curanti. Nel secondo caso, il concetto di continuità è riferito alle relazioni che dovrebbero attivarsi tra i diversi nodi della rete dei servizi sanitari: aziende ospedaliere, ASL, distretti sanitari, strutture sociosanitarie protette (RSA, *hospice*), MMG, domicilio.

Più di recente, alcuni autori (Freeman et al., 2007; Freeman & Hughes, 2010) hanno proposto di non includere la continuità informativa nella classificazione del costrutto, poiché considerano la capacità di passare informazioni un elemento imprescindibile ed ugualmente costitutivo sia della continuità relazionale che della continuità di gestione. Alcune aree di indagine sembrano dare supporto a questa proposta. Rispetto alla continuità di gestione vanno in questa direzione gli studi che considerano una scarsa o inefficace comunicazione durante la dimissione dall'ospedale e/o l'invio da un servizio sanitario ad un altro, una delle cause più diffuse di mancato senso di sicurezza e fiducia nei pazienti (Hill, House, & Hewison, 2008; Pinnock et al., 2008) e di carente qualità delle cure (Øvretveit, 2009).

Il passaggio da un ambiente sanitario ad un altro è un momento critico per l'attuazione di processi di continuità. Numerosi studi hanno infatti documentato l'aumento di rischi e/o il decremento delle condizioni di salute del paziente (Greenwald, Denham, & Jack, 2007; Moore, Wisnivesky, Williams, & McGinn, 2003) e la mancanza di supporto per i loro caregiver (Dose, Rhudy, Holland, & Olson, 2011; Grimmer, Moss, & Gill, 2000; Tallman, Greenwald, Reidenouer, & Pantel, 2012). Ogni trasferimento fornisce l'occasione per avviare un processo multidisciplinare collaborativo di rete tra le strutture sanitarie implicate. Nella realizzazione di questa modalità di lavoro, un momento particolarmente critico è rappresentato dal "passaggio di consegne" (informazioni cliniche, dimensioni di responsabilità professionali ed etiche) tra gli operatori della struttura inviante e ricevente, conosciuto in letteratura con il termine di *handover* (Jeffcott, Evans, Cameron, Chin, & Ibrahim, 2009).

L'*handover*, pur rimanendo un'area dell'assistenza sanitaria ancora poco studiata (ACSQHC, 2005) è una delle questioni più importanti da considerare per garantire la continuità di cura del paziente (AMA, 2006). Esso tutela la sicurezza del paziente (Arora, Johnson, Lovinger, Humphrey, & Meltzer, 2008; Borowitz, Waggoner-Fountain, Bass, & Sledd, 2008), agevola il medico nella presa di decisioni (Witherington, Pirzada, & Avery, 2008) e ottimizza il processo di dimissione ospedaliera (Kripalani et al., 2007; Robinson & Street, 2004). La sua efficacia risiede non solo in criteri di accuratezza e pertinenza (Arora et al., 2008) ma anche nella capacità di considerare informazioni di contesto oltre che cliniche, di occuparsi oltre che di problemi, di ipotesi e possibili conseguenze (Zacks & Tversky, 2001) e di attivare processi condivisi nei quali l'integrazione venga ricercata con modalità proattive da entrambe le parti (Naylor et al., 2004; Patterson, 2008; Reid et al., 2002). Il processo di *handover* e le procedure mediante le quali questo avviene, sono le azioni attraverso cui si concretizza o meno la costruzione del *network*. In questo processo il medico riveste un ruolo complesso trovandosi implicato in un cambiamento che, alcune condizioni storico/culturali, rendono particolarmente impegnativo.

Nel percorso formativo del medico e delle professioni sanitarie in genere, l'accento posto sulla specializzazione delle conoscenze e competenze specifiche, acquisite per lo più in separazione da altre specialità mediche o professioni affini, favorisce lo sviluppo di quell'identità professionale che alcuni autori hanno definito "uniprofessionale" (Khalili, Orchard, Laschinger, & Farah, 2013). Questa identità isolazionista crea una mancanza di comprensione dei ruoli e delle prospettive di altri professionisti e costituisce uno dei principali ostacoli alla collaborazione interprofessionale (Khalili, Hall, & DeLuca, 2014).

Un *handover* efficace, perciò, può richiedere al medico un impegno importante nella modifica di una pratica professionale spesso isolata e autoreferenziale (Burns & Pauly, 2002; Harris et al., 2013). L'attivazione di

una rete presuppone la consapevolezza che l'azione di ciascun operatore sanitario (prima di tutti il medico) perché sia efficace, deve essere collegata a quella degli altri attori, includendo tra questi il malato, la famiglia e il territorio. Il "pensarsi" del medico in una rete impone nei sistemi sanitari una rivoluzione culturale di approccio ai problemi da più parti denunciato, ma poco o per nulla realizzato. La difficoltà di questa sfida è più evidente nella gestione del fine vita, dove la necessità di lavoro congiunto è maggiore e il mandato sociale del medico è messo maggiormente in discussione (Visser et al., 2014). Nella terminalità, non essendo più percorribile l'*outcome* della guarigione o della sopravvivenza del malato, all'intervento sanitario è richiesto il perseguimento di nuovi obiettivi di cura, quali il miglioramento della durata e della qualità della vita, il trattamento del dolore, il sostegno per la famiglia, la riduzione del senso di isolamento (Kaldjian, Curtis, Shinkunas, & Cannon, 2009; Stone, 2001). La presa in carico del paziente terminale, quindi, oltre alla sua malattia, include le sue paure di morte e di dolore, i suoi rapporti interpersonali (che inevitabilmente subiscono variazioni) e la sua complessa condizione di disagio.

Il modello medico, fondato sulla guarigione della patologia organica e sulla ricerca di invarianze, fatica enormemente a farsi carico e a maneggiare la soggettività del malato e quindi a costruire validi processi comunicativi (Carli, 2013). Inoltre, il confronto quotidiano con i temi del distacco, della separazione e della perdita obbliga il medico a confrontarsi con la propria vulnerabilità e fragilità (Leotta, 2005; Testoni, 2007) ed attiva meccanismi difensivi di negazione, evitamento, tecnicismo, distacco emotivo, accanimento terapeutico (Imbasciati, 2008). La letteratura documenta ampiamente la condizione di isolamento del paziente terminale e di chi lo assiste (Testoni, 2009a, 2009b) e la difficoltà del medico nel gestire le cattive notizie e la conseguente presa in carico globale del paziente (Testoni, Martini, Cemin, & Ronconi, 2009; Wenrich et al., 2001). Coerentemente con quanto emerge da questi studi, la problematicità nella comunicazione tra pazienti, *caregivers* e sanitari e le difficoltà nella comprensione della prognosi e nella ricezione dei desiderata di malati e familiari sono le criticità più frequentemente riportate da questi ultimi nel loro rapporto con il personale sanitario, soprattutto nel momento di passaggio dall'ospedale all'*hospice* (Allen, Hutchinson, Brown, & Livingston, 2014; Benzar, Hansen, Kneitel, & Fromme, 2011; De Vleminck et al., 2013; Slort et al., 2011; Visser et al., 2014).

Sembrerebbe perciò che quando la soggettività delle persone (paziente e familiari) assume un ruolo preminente se non esclusivo, la medicina entra in crisi, "aggrappandosi" alla ricerca delle invarianze anche nella comunicazione delle notizie spiacevoli o delegando la gestione della complessità ad altre discipline e/o ad altri servizi del territorio (Stone, 2001). Nell'atto del delegare è previsto il riconoscimento dell'esistenza di un "altro soggetto" (individuale o sociale), ma non la possibilità di impegnarsi in una relazione nella quale costruire obiettivi comuni e condivisi. La cultura della delega, che spesso connota il rapporto tra i professionisti ospedalieri (medico-medico e medico-psicologo, etc.), costituisce un modello relazionale consolidato e fortemente difensivo, agito quando non si sa come farsi carico della soggettività e replicato anche nel rapporto tra ospedale e territorio (Magni & Masserenti, 2010). Le strutture del territorio diventano un "altro" di cui io riconosco l'esistenza ma con il quale non penso necessario costruire una relazione produttiva che esiti nella costruzione di protocolli e di prassi condivise e che generi una cultura dell'integrazione. Ciò porta ad interventi inefficaci/inefficienti/inappropriati.

Riteniamo che gli assetti culturali fin qui delineati possano costituire elementi di ostacolo, non ancora esplorati, ad una riorganizzazione dei servizi di fine vita intorno al principio di continuità della cura. Un'indagine di questo tipo potrebbe giustificare in parte l'estremo ritardo con il quale l'Italia recepisce le indicazioni di una riorganizzazione a rete dei servizi sanitari. L'integrazione dei servizi e la continuità assistenziale sono presentati come obiettivi prioritari già nel Piano Sanitario Nazionale 2003-5, mentre la prima norma sul diritto alla palliazione e la creazione di *hospice*, risale al 1999 (Legge n. 39 del 26 febbraio). Ad esclusione dei primi tre *hospice* sorti nel decennio 1985-1996 nel nord Italia, la maggior parte degli *hospice* italiani è stato aperto dopo il 2007 (Bertolissi, Miccinesi, & Giusti, 2012).

Obiettivi dello studio

In relazione a quanto finora detto, scopo prioritario del presente contributo è quello di esplorare la costruzione del processo di collaborazione tra le varie strutture e i servizi di assistenza sanitaria che si occupano di fine vita. In questa direzione, data l'importanza attribuita in questo processo alla rappresentazione dei medici, obiettivo specifico dello studio è quello di esplorare i modelli culturali che organizzano le rappresentazioni dei medici ospedalieri e dei medici operanti nell'*hospice* di riferimento del nosocomio in relazione a diversi fattori: la continuità assistenziale, la collaborazione interprofessionale, il processo di *handover*, il rapporto con pazienti e familiari nel fine vita.

Metodo

Contesto della ricerca

La ricerca si è svolta nel periodo compreso tra Aprile 2014 e Gennaio 2015 in Umbria. Sono state coinvolte due strutture sanitarie: un ospedale e un *hospice* di una USL di un capoluogo di provincia. L'ospedale eroga servizi quali il ricovero ospedaliero, prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale nell'ambito delle indicazioni programmatiche nazionali e regionali. L'*hospice* è stato attivato nel 2012. Le suddette organizzazioni sono state selezionate in quanto rispondenti alla necessità che gli stessi pazienti siano presi in carico prima dall'una e poi dall'altra struttura, in modo da poter esplorare il processo di *handover*. La ricerca è stata previamente sottoposta all'approvazione del comitato etico di entrambe le strutture. Dal 2010 l'assistenza per i malati terminali in Umbria è fornita attraverso una rete di servizi composta da medici ospedalieri, *hospice*, servizi di cure domiciliari.

Partecipanti

Allo studio hanno partecipato complessivamente 10 medici, 4 appartenenti all'UOC di Oncologia medica dell'ospedale, 4 appartenenti all' UOC di Medicina d'urgenza dell'ospedale e 2 appartenenti all'*hospice*. Tra i candidati selezionati per lo studio sono stati registrati 5 rifiuti da parte di medici appartenenti all'UOC di Oncologia medica, mentre le altre due *équipe* hanno partecipato al completo.

I partecipanti allo studio sono stati reclutati attraverso le seguenti procedure: in un primo momento sono stati individuati, su base volontaria, i medici dell'*hospice* interessati a partecipare alla ricerca. Successivamente, previa autorizzazione del Direttore Sanitario dell'USL al trattamento dei dati sensibili e con il parere favorevole del Dirigente dell'*hospice*, è stata condotta nel periodo Luglio-Agosto 2014 un'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati in *hospice* dal 2012 al 2014. Obiettivo della revisione delle cartelle cliniche è stato quello di individuare l'ospedale e il reparto di provenienza dei pazienti afferenti all'*hospice* al fine di reclutare i medici ospedalieri direttamente coinvolti nel processo di *handover*. Nelle Figure 1 e 2 sono rappresentate rispettivamente la provenienza geografica e la provenienza dai reparti dei pazienti.

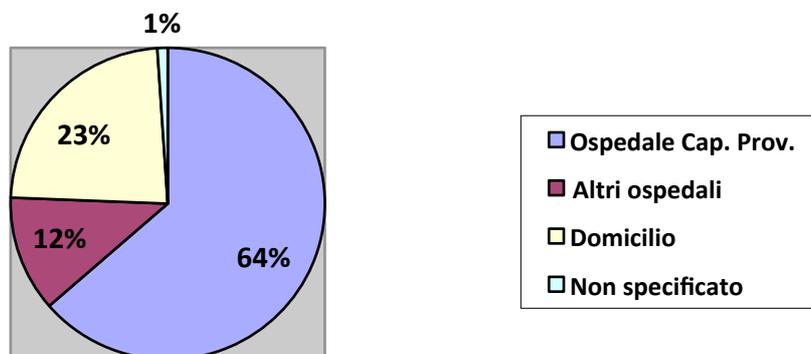


Figura 1. Provenienza geografica dei pazienti

Sulla base di questi dati si è scelto di considerare i due reparti dai quali più frequentemente è stato attivato l'invio per l'*hospice*: Oncologia e Medicina d'urgenza. Per poter coinvolgere nella ricerca i medici dei due reparti è stata ottenuta l'autorizzazione da parte della Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera e dei due responsabili dei reparti, a seguito di un primo colloquio in cui sono stati presentati gli obiettivi della ricerca e ne è stata verificata la realizzabilità e l'approvazione da parte del comitato etico. Successivamente gli stessi

responsabili hanno provveduto ad informare l' *équipe* medica e a segnalare ai ricercatori i medici interessati a partecipare su base volontaria.

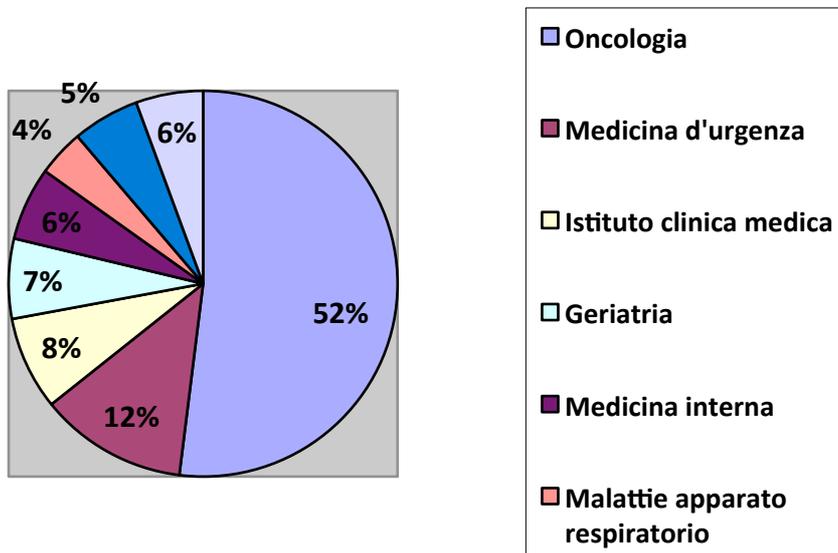


Figura 2. *Reparti di provenienza dei pazienti*

Strumenti

Per raccogliere informazioni sulla prospettiva dei partecipanti, è stata utilizzata un'intervista semi-strutturata. L'intervista semi-strutturata si caratterizza per la maggiore flessibilità rispetto a strumenti quali il questionario e l'intervista strutturata standardizzata (Zammuner, 1998).

L'intervista, costruita ad hoc, è composta da 15 domande relative alle aree di interesse sotto indicate, che rimandano ai tre presupposti descritti nella parte introduttiva (fine vita, *handover*, continuità di cura):

- modalità di gestione della relazione con il cliente esterno, cioè pazienti e familiari (Es.: *Nel suo lavoro con il paziente qual è l'atto medico più difficile da gestire? E con i familiari?*);
- rapporti tra le due strutture, con particolare attenzione alle modalità di gestione dell'invio in *hospice* del paziente in fase terminale (Es.: *Esiste una collaborazione tra l'ospedale, nello specifico questo reparto e l'hospice nella fase d'invio del paziente terminale alle cure palliative?*);
- rappresentazione del concetto di continuità assistenziale (Es.: *Quali azioni secondo lei potrebbero essere messe in atto per favorire la continuità di cura del paziente?*).

La formulazione di alcune domande è stata differenziata in relazione alla provenienza dei soggetti intervistati dall'una o dall'altra struttura (ospedale-*hospice*). Nello specifico, la differenziazione riguarda l'area inerente ai rapporti tra le due strutture in relazione alle diverse funzioni che esse svolgono nella gestione dell'invio.

Procedure

I partecipanti sono stati contattati attraverso un colloquio telefonico in cui sono stati concordati orario e luogo dell'intervista. Tutte le interviste sono state realizzate presso le strutture in cui i medici lavorano durante l'orario di servizio. In seguito ad una breve presentazione si è proceduto all'autorizzazione al trattamento delle informazioni fornite ai fini della ricerca e all'audio-registrazione, nonché alla firma del consenso informato per la *privacy*. La durata delle interviste è stata in media di 40 minuti.

Le interviste, condotte da una psicologa, sono state audio-registrate e trascritte integralmente.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata effettuata utilizzando l'Analisi Fenomenologica Interpretativa (IPA) (Smith, 1996; Smith, Flowers, & Osborn, 1997), una metodologia di analisi qualitativa che ha come riferimenti teorici di base la fenomenologia (Giorgi, 1995) e l'interazionismo simbolico (Denzin, 1995). Negli ultimi decenni il metodo IPA è stato abbondantemente utilizzato nelle ricerche empiriche in ambito psicologico, in particolare negli studi che intendono comprendere l'esperienza soggettiva vissuta dai partecipanti ed esplorano i processi attraverso cui le persone attribuiscono senso alle loro esperienze e al loro mondo personale e sociale. Tale metodologia si colloca all'interno di una prospettiva ermeneutica in cui il processo di produzione, codifica, organizzazione e integrazione dei dati richiede un'attività interpretativa da parte dei ricercatori e procede secondo un processo di ricerca induttivo ed idiografico, ovvero non orientato a verificare ipotesi e alla generalizzazione.

Seguendo le indicazioni di Smith e Osborn (2003), l'analisi è stata articolata attraverso una serie di *step* ricorsivi: a) lettura approfondita delle trascrizioni; b) identificazione dei pattern di contenuto ricorrenti; c) organizzazione dei pattern in temi emergenti (ovvero categorie che sintetizzino gli argomenti specifici emersi nelle interviste, selezionati sulla base del loro significato e della loro rilevanza e non della frequenza); d) individuazione di connessioni tra i diversi temi e loro classificazione in temi sovraordinati (macrocategorie che rendano ragione delle connessioni dei temi emergenti includendoli in esse); e) rilettura del *corpus*, per verificare che tutti i temi emersi siano riconoscibili nelle interviste e che siano stati identificati tutti i temi rilevanti. Il processo di codifica, organizzazione, integrazione e interpretazione, è stato condotto da 3 ricercatori indipendenti. In caso di disaccordo si è adottato il criterio di maggioranza.

Risultati

Dall'analisi effettuata sono stati individuati complessivamente quattro temi sovraordinati: 1) Comunicazione con il paziente (descrive alcune modalità ricorrenti relative ai processi comunicativi tra medico e paziente, soprattutto in relazione ad alcune fasi dell'iter terapeutico, quali diagnosi e prognosi); 2) Relazione con la famiglia (descrive le rappresentazioni della famiglia dei pazienti da parte dei medici e le modalità relazionali che ne conseguono); 3) Invio del paziente dall'ospedale all'*hospice* (descrive gli elementi di difficoltà riscontrati dai medici rispetto all'invio dei pazienti in fase terminale. Nella relazione tra ospedale e *hospice* infatti sembra essere rappresentato come particolarmente critico il momento dell'*handover*, dell'invio da una struttura all'altra); 4) La continuità assistenziale nel processo di cura (descrive come i partecipanti si rappresentano l'integrazione e la collaborazione tra le varie strutture e servizi di assistenza sanitaria rispetto alla gestione della fase terminale della malattia).

Per ogni tema sovraordinato sono stati individuati i seguenti temi emergenti (tab.1):

1) Comunicazione con il paziente:

1a) *rifugio nella tecnica*. Si riferisce al ricorso, da parte dei partecipanti, nella comunicazione con il paziente, allo strumento del tecnicismo, cioè all'uso di un linguaggio specialistico e di difficile comprensione per l'interlocutore (Es.: "La parte più difficile per la verità è l'anamnesi, per la difficoltà di comunicazione tra medico e paziente, in quanto da parte del medico c'è difficoltà a non usare la terminologia tecnica e da parte del paziente c'è la mancata abitudine... non si può dire la mancata abitudine... però sono persone che in gran parte non sono state mai... per cui non sanno riferire e anzi talvolta rispondono anche con fatica e fastidio". Es.: "Faccio un discorso che comunque vale un po' per tutti... quindi i punti del discorso sono sempre quelli, soprattutto quando non ci sono cose da fare".);

1b) *rifugio in una dimensione compassionevole*. Si riferisce al ricorso da parte dei partecipanti, nella relazione con il paziente in fine vita, ad alcune azioni ricorrenti, quali rassicurare, mostrare comprensione, consolare, incoraggiare (Es.: "Si è positivi nel dare speranze, cioè magnificare le possibilità buone e tentare di sottacere... non voglio dire insomma... quelle negative... enfatizzo gli aspetti meno negativi per lo meno...". Es.: "Non dico mai che non c'è nulla da fare, comunque tutta palliazione... È difficile dire una cosa così".);

1c) *assenza di tempo come strategia di evitamento*. Si riferisce alla dimensione di urgenza e assenza di tempo che sembra caratterizzare il lavoro dei medici ospedalieri e che impedisce di occuparsi della gestione del fine vita (Es.: "Non c'è tempo per come è organizzata la vita in ospedale; questo è un colloquio che richiede tempo e crea problemi enormi nei ritmi ospedalieri". Es.: "Purtroppo è difficile... non c'è il tempo di mettersi a spiegare per bene che cosa accadrà, che cos'è il servizio di cure palliative che si sta proponendo".);

1d) *impotenza di fronte all'inguaribilità della malattia*. Si riferisce al vissuto di impotenza, da parte dei medici, di fronte alla malattia non curabile, laddove non sembra possibile trovare delle strategie che permettano di gestire situazioni difficili (Es.: “La cosa più difficile è quando devo dire che la malattia non ha soluzione. Non è gradevole insomma... un conto è dare una speranza, un conto è quando la speranza non c'è”. Es.: “Diciamo che ad un certo punto un medico si rende conto che la prosecuzione della cura specifica, la chemioterapia nei pazienti oncologici ... deve essere sospesa, non è più efficace, per cui lì dopo bisogna parlare della prognosi e lì è la cosa più difficile perché dispiace di doverlo fare, perché chiaramente la malattia è vincente”.);

1e) *attenzione alla soggettività*. Si riferisce al tentativo da parte di alcuni medici, soprattutto dell'*hospice*, di considerare la specificità della persona che si ha di fronte per quanto riguarda i bisogni inerenti il processo di cura (Es.: “Diciamo che ciò che dico dipende molto dal paziente...se è in grado di comprendere, di accettare...”. Es.: “Considero dapprima quale è la capacità di comprensione, ma anche di reazione da parte del paziente, cerco di modulare la comunicazione in base alla persona che ho di fronte”).

2) *Relazione con la famiglia*:

2a) *la famiglia come criticità*. Si riferisce alla rappresentazione della famiglia da parte di alcuni partecipanti, in particolare i medici ospedalieri, come ulteriore elemento critico che va ad aggiungersi alle difficoltà di trattare la relazione con il paziente (Es.: “Io mi urto se mi mandano i pazienti a parlare”. Es.: “Il familiare si distacca completamente a volte dalla realtà delle cose e pur di fare qualcosa – dice lui – non tiene più nemmeno in considerazione quello di cui ha bisogno il malato, ma va per la sua strada di dovergli proporre viaggi interminabili o chissà che cosa”.);

2b) *la famiglia come risorsa*. Si riferisce alla rappresentazione della famiglia da parte di alcuni partecipanti, in particolare i medici dell'*hospice*, come una potenziale risorsa che agevola la gestione della complessità del processo di cura (Es.: “Per noi collaborare con le famiglie è molto importante”. Es.: “Noi chiediamo, dove possibile, di coinvolgere nei colloqui anche i familiari... la famiglia collabora con l'*équipe* e con il malato, così che molte problematiche si possano gestire tranquillamente a casa”).

3) *Invio del paziente dall'ospedale all'hospice: processo di handover*:

3a) *senso di inadeguatezza del medico*: Si riferisce, nello specifico del gruppo dei medici ospedalieri considerati, alla difficoltà del medico di rispondere a prassi lavorative inusuali, cogliendone i limiti più che le opportunità (Es.: “Io non ho tanta esperienza o dimestichezza perché comunque io personalmente non l'ho mai attivato l'*hospice*, quindi non so se sia abbastanza lineare e scorrevole la... diciamo... la presa in carico”. Es.: “Non l'ho mai chiesto, non l'ho mai chiesto... il motivo è questo e rientra un po' anche nei quarant'anni che lavoro, io non ce la faccio più a farmi carico di ogni problema degli ammalati, altrimenti non sarei vissuto”.);

3b) *la dimensione della delega*. Si riferisce, nello specifico del gruppo dei medici ospedalieri considerati, alla modalità prevalente di gestione del fine vita, che sembra esprimersi nella delega ad altre figure (medico di base, palliativista, psicologo), anziché come processo di condivisione e prassi multidisciplinare (Es.: “Poi comunque c'è una persona che è la dottoressa che fa da cuscinetto e quindi il grosso delle problematiche le gestisce lei con l'*hospice*”. Es.: “C'è questa figura che è un tramite, quindi solleva da tante cose”.);

4) *La continuità assistenziale nel processo di cura*:

4a) *la rappresentazione della collaborazione come atteggiamento “disponibile/non ostativo”*. Si riferisce alla rappresentazione, soprattutto da parte dei medici ospedalieri, del rapporto con l'altra struttura come “scontato”, anziché come risultato di un processo negoziale tra gli interlocutori (Es.: “Sì sì la disponibilità c'è tutte le volte che chiedono di fare colloqui”. Es.: “Penso che sia comunque una buona collaborazione... Ma sì... perché loro vengono, guardano il paziente, se lo gestiscono, e da parte nostra c'è la massima disponibilità”.);

4b) *la rappresentazione della collaborazione come mancante e/o non condivisa*. Si riferisce alla rappresentazione, soprattutto da parte dei medici dell'*hospice*, del rapporto con l'altra struttura come assente e non rintracciabile negli altri soggetti appartenenti alla rete (Es.: “Purtroppo la cultura delle cure palliative non è adeguatamente radicata non solo nella popolazione generale, ma anche nell'ambiente medico, nei colleghi specialisti, e nei medici di base...” “Non c'è la cultura, non è sufficiente per l'integrazione... l'integrazione è veramente quando ci sediamo attorno ad un tavolo e parliamo del paziente ... ecco, quello sarebbe una vera integrazione”.);

4 c) *la rappresentazione di sé (ospedale/hospice) all'interno della rete*. Si riferisce al modo in cui ciascuno dei due partner si rappresenta, quali nodi (formali e informali) include in essa e dove colloca se stesso. L'*hospice* rappresenta se stesso come uno dei nodi della rete, inserito all'interno di un *network* complesso in cui è inclusa anche la famiglia (Es.: “La collaborazione dovrebbe avvenire con l'ospedale ma anche con il medico di base, che dovrebbe riappropriarsi del suo ruolo all'interno del territorio, poi ovviamente la

famiglia”). L’ospedale, al contrario, si percepisce come l’ultimo *step* di un percorso non connesso al successivo (Es.: “Ma qui in ospedale si può lavorare in una fase di terapia, poi quando arriva il momento delle dimissioni perché non è più possibile la terapia, i rapporti finiscono”).

4d) *auspicabilità di un cambiamento culturale*. Si riferisce alla rappresentazione, soprattutto da parte dei medici dell’*hospice*, di una continuità assistenziale problematizzata e vissuta come obiettivo a cui aspirare, come processo da costruire attraverso l’attivazione di un lavoro di rete tra ospedale e territorio (Es.: “La vera integrazione come io la intendo, non è nella rapidità con cui io ti rispondo alla tua proposta di trasferimento in *hospice*, quello non è un indice di integrazione invece è un’integrazione il fatto che tu hai ancora un paziente, oppure hai un paziente e ti rendi conto che il *setting* ospedaliero e le cure ospedaliere non sono più indicate per quel malato e che quel malato prima o poi avrà bisogno di cure palliative e allora lì se avviene una segnalazione quella è un’integrazione utile, quindi una precoce presa in carico credo”. Es.: “Le dimissioni protette devono passare per forza attraverso un’interazione col territorio”).

Tabella 1. *Sintesi dei temi sovraordinati e dei temi emergenti*

Temi Sovraordinati	Temi Emergenti
1) Comunicazione con il paziente.	a) Rifugio nella tecnica. b) Rifugio in una dimensione compassionevole. c) Assenza di tempo come strategia di evitamento. d) Impotenza di fronte all’inguaribilità della malattia.
2) Relazione con la famiglia.	e) Attenzione alla soggettività. a) Famiglia come risorsa. b) Famiglia come criticità.
3) Il processo di <i>Handover</i> .	a) Senso di inadeguatezza del medico. b) Dimensione della delega.
4) Continuità assistenziale nel processo di cura.	a) Rappresentazione della collaborazione come atteggiamento “disponibile/non ostativo”. b) La rappresentazione della collaborazione come mancante e/o non condivisa. c) La rappresentazione di sé (ospedale/ <i>hospice</i>) all’interno della rete. d) Auspicabilità di un cambiamento culturale.

Discussione dei risultati

La realizzazione di processi di trasformazione organizzativa devono essere necessariamente supportati da dispositivi normativi e strutturali adeguati, ma i cambiamenti a livello macro, anche se sostanziali, possono non essere sufficienti a conseguire un processo di cambiamento organizzativo (Curry & Ham, 2010). Le rappresentazioni sociali influenzano gli agiti all’interno di una organizzazione.

La continuità assistenziale richiede l’erogazione di servizi inseriti all’interno di un piano gestionale condiviso che dovrebbe sostanzarsi nella capacità di avviare e mantenere attivo un modello di lavoro in rete. Ciò implica un radicale cambiamento culturale e di approccio ai problemi da parte degli operatori sanitari, soprattutto di quelli implicati nella gestione del fine vita, che il presente studio ha cercato di indagare esplorando le rappresentazioni che i medici ospedalieri e medici operanti nell’*hospice* hanno della continuità assistenziale, della collaborazione interprofessionale, del processo di *handover*, del rapporto con pazienti e familiari nel fine vita.

Nella relazione tra ospedale e *hospice* il momento dell’*handover*, dell’invio da una struttura all’altra, sembra essere rappresentato come particolarmente critico, I medici ospedalieri nella gestione del fine vita sembrano utilizzare il noto modello della delega ad altre figure professionali presenti nella rete dei servizi (medico di base, palliativista, psicologo) (Magni & Masserenti, 2010). Alla base di questo meccanismo è possibile ipotizzare una *crisi di decisionalità* da parte del medico, che avverte una sorta di discontinuità tra la propria

capacità di agire per il raggiungimento di un obiettivo e tale obiettivo, ovvero lo scopo verso il quale l'azione è diretta (Grasso, Cordella, & Pennella, 2003). In tal senso, di fronte all'incapacità di sostenere il carico emotivo connesso alla situazione del fine vita e scegliere delle strategie più opportune per uscire dall'impasse, il soggetto sembra rivolgersi ad un terzo, in questo caso ad altre figure professionali, delegando loro tale decisionalità messa in crisi, prendendo di conseguenza le distanze dal personale coinvolgimento nel processo di fallimento dell'azione. Un ulteriore ostacolo ad operare con modelli multidisciplinari collaborativi è rappresentato dal dover abbandonare prassi lavorative note e consolidate e doverne utilizzare altre per le quali il medico non ritiene di avere un "known how".

Dai nostri dati il processo di *handover* (Jeffcott et al., 2009), nel complesso, appare una pratica sostanzialmente formale e adempitiva. Di fatto, il servizio cui l'ospedale invia il paziente è rappresentato come un soggetto sociale con il quale il rapporto è strettamente formale, la comunicazione è occasionale e avviene solo se esplicitamente richiesta. Non sembra esserci un atteggiamento proattivo da parte dei medici, soprattutto quelli ospedalieri, nella ricerca e costruzione di una prassi condivisa di gestione dell'utenza, con la quale il rapporto termina formalmente con la dimissione, ma emotivamente molto prima. La difficoltà di gestire la dimensione emozionale appare un tema ricorrente e una difficoltà che il medico non riesce a risolvere.

Rispetto alla comunicazione con il paziente in fine vita e con la sua famiglia, dai risultati emerge abbastanza chiaramente come questa sia vissuta in maniera sostanzialmente critica da parte dai medici intervistati. Frequente sembra essere, nella comunicazione con il paziente, il ricorso allo strumento del tecnicismo (Imbasciati, 2008), cioè all'uso di un linguaggio specialistico e di difficile comprensione per l'interlocutore. Una relazione così connotata impedisce e/o scoraggia l'esplorazione di contenuti spiacevoli che implicherebbero il riconoscimento della soggettività e della dimensione emozionale del paziente. L'uso di protocolli comunicativi generalizzabili e a-contestuali, infine, semplifica ulteriormente la complessità della dimensione relazionale.

Altra modalità difensiva, presente per lo più nei medici ospedalieri è la rassicurazione. Enfatizzare nella comunicazione gli elementi positivi della diagnosi o della prognosi, ponendosi in un atteggiamento compassionevole, sembra rispondere da un lato ad una rappresentazione del paziente come fragile e indifeso, dall'altro alla necessità di tutelare se stessi dal doversi muovere in una relazione dove l'angoscia dell'interlocutore potrebbe diventare dilagante. La comunicazione con la persona morente è ostacolata, infine, da dimensioni di urgenza e assenza di tempo che caratterizzano il lavoro ospedaliero. La gestione del fine vita implica una sospensione dell'azione "tecnica" ed obbliga a considerare variabili relazionali complesse, dimensione che la rende fortemente dissonante con la funzione dell'ospedale centrata sulla gestione delle acuzie e che favorisce nel personale sanitario meccanismi difensivi di evitamento (Imbasciati, 2008). La difficoltà a trattare il fine vita sembra "evacuare" la morte dal contesto ospedaliero, come se non vi fosse uno spazio-tempo mentale, né tantomeno fisico per pensarla: se della morte non si può neppure parlare come è possibile costruire un progetto rispetto alla gestione del fine vita?

Laddove non sembra possibile trovare delle strategie che permettano di gestire situazioni difficili, il vissuto che emerge dalle interviste sembra essere quello dell'impotenza di fronte alla malattia non curabile: il fallimento della medicina che guarisce sembra "mettere in scacco" il medico. Anche in reparti dove "la guarigione" non è così scontata, la cultura medica sembra continuare a mettere in discussione con estrema difficoltà i propri obiettivi professionali di "cura" della patologia organica (Visser et al., 2014). Laddove la somministrazione del farmaco non è più efficace, diventa impossibile pensare ad altri obiettivi terapeutici.

Al contrario, alla fine della vita, quando i medici non possono più contare su modelli biomedici della diagnosi-terapia-cure, le prospettive dei pazienti e la loro dimensione soggettiva assumono la massima importanza e dovrebbero costituire il *focus* principale dell'intervento sanitario (Michiels et al., 2007).

Nei processi comunicativi e nella considerazione della famiglia si delineano elementi di differenza tra ospedale e *hospice*. Alcuni partecipanti, in particolare i medici ospedalieri, sembrano rappresentarsi la famiglia come ulteriore elemento critico che va ad aggiungersi alle difficoltà di trattare la relazione con il paziente. Da parte di altri partecipanti, prevalentemente i medici dell'*hospice*, la famiglia sembra invece essere considerata come una potenziale risorsa che agevola la gestione della complessità del processo di cura. Se quest'ultimo infatti, non viene concepito nell'ottica di un lavoro di rete, gli elementi che complessificano la relazione medico-paziente sono vissuti come "disturbanti". Spostare il *focus* del proprio operato professionale dalla cura del sintomo al miglioramento della qualità di vita della persona, implica necessariamente il mantenimento e/o lo sviluppo delle relazioni significative dell'individuo; in questo senso la rete informale della persona viene a costituire una risorsa "obbligatoria" e inalienabile.

Da parte di alcuni medici, in particolare quelli afferenti all'*hospice*, emerge comunque un'attenzione alla soggettività del paziente. Essa può essere letta come una possibilità di sviluppo nella relazione medico-paziente, come un tentativo del professionista di non sfuggire del tutto da un'implicazione relazionale e di

considerare la specificità dell'individuo che ha di fronte. Queste considerazioni, inoltre, ci fanno ipotizzare che l'*hospice* si possa configurare come una struttura più competente a realizzare un modello di presa in carico globale della persona, organizzato intorno al *to care* piuttosto che al *to cure*.

Il processo di *handover*, oltre a configurarsi come un processo di delega non basato su una comunicazione costruita sulle esigenze di paziente e familiare, risulta non sostenuto da una efficace rappresentazione dei processi collaborativi. Soprattutto i medici ospedalieri si rappresentano la collaborazione in termini di "disponibilità ad essere attivati", a rispondere a richieste dell'ente verso il quale inviano il loro utente. In tale prospettiva, il rapporto con l'*hospice* sembra essere connotato come "dato", piuttosto che come spazio di elaborazione di significati (Carli & Paniccia, 2003). In ospedale, la collaborazione e la continuità assistenziale non sembrano essere problematizzate. La disponibilità infatti appare come una dimensione che si pone in un atteggiamento passivo e privo di sviluppo, lontano da una integrazione ricercata con modalità proattive (Naylor et al., 2004; Patterson, 2008; Reid et al., 2002). La rappresentazione che emerge dai medici dell'*hospice* è più vicina ad una continuità assistenziale intesa come obiettivo a cui aspirare, come processo da costruire attraverso l'attivazione di un lavoro di rete tra ospedale e territorio.

I due contesti si differenziano anche nella modalità di rappresentarsi la rete e nel posto in cui si collocano all'interno di essa. La rete cui fanno riferimento i medici dell'*hospice* è più estesa, comprende anche nodi informali (famiglia) e ipotizza rapporti di reciprocità; al contrario i medici ospedalieri più faticosamente si percepiscono all'interno di una rete, si pensano in relazione quasi esclusivamente con nodi formali (professionisti dell'*hospice* o dell'ospedale), concepiscono le relazioni più lineari e unidirezionali che circolati e reciproche e collocano l'ospedale alla fine di un *continuum*.

Conclusioni

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la continuità assistenziale uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario. Nonostante un inquadramento normativo solido e datato in tema di continuità e palliazione e un dibattito scientifico ricco e attivo, i servizi sanitari italiani continuano a recepire con difficoltà le indicazioni di una riorganizzazione a rete dei servizi sanitari. Sebbene il numero degli *hospice* in Italia sia in progressivo aumento (Ministero della Salute, 2015), non necessariamente ciò equivale all'attivazione di un reale processo di cambiamento nel rapporto tra servizi sanitari, rimanendo sostanzialmente invariate nel tempo le criticità indicate da pazienti e familiari nell'invio e nel processo di dimissioni dall'ospedale verso una struttura protetta, sia in Italia (Testoni, 2009b; Testoni et al., 2009) che all'estero (Allen et al., 2014; Benzar et al., 2011).

La trasformazione dei bisogni di salute dell'utenza, le nuove istanze sociali, le diverse modalità di convivenza richieste ai servizi di un territorio, implicano la realizzazione di nuovi modi di rappresentarsi. In assenza di nuove rappresentazioni, il cambiamento avviene in modo prevalentemente adempitivo, attivando, o meglio adattando, vecchi schemi professionali (curare, delegare, ecc.) a nuove istanze sociali e curative. La continuità assistenziale tra ospedale e territorio sembra quindi sostanzialmente fallimentare, deprivata della risorsa comunicativa con paziente, famiglia e curante affidatario e connotata da forti meccanismi di delega. Il processo di *handover*, in particolare, si configura come processo di delega più che di integrazione di saperi e professionalità, eseguito faticosamente perché non sostenuto da prassi pregresse e/o competenze specifiche e non poggiato su una comunicazione efficace con paziente e familiare.

La continuità delle cure e, in particolare, la continuità assistenziale nel fine vita, richiedono alla medicina tre ordini di cambiamenti: tenere in considerazione la dimensione soggettiva del paziente oltre all'invarianza dei trattamenti, ridefinire il proprio agito professionale come dotato di senso anche quando al di fuori della dimensione del *to cure*, costruire una rappresentazione di sé e del proprio operato come con-giunto a quello degli altri professionisti implicati nei processi di cura. Il paradigma palliativo in particolare impone alla professione medica di confrontarsi con la specificità dell'individuo, perché è l'unica modalità che consente di occuparsi della sofferenza e di trattare il dolore, di cogliere il senso più che "la resa" della professione di fronte alla mancanza della guarigione, di superare un modello di lavoro autoreferenziale, che è del medico quanto dell'ospedale.

Se si entra nell'ottica di una assistenza centrata sulla persona più che sul sintomo e sulla patologia, la complessità del fine vita spinge verso l'integrazione di diverse competenze e professionalità (Mosenthal et al., 2008; Singer, Martin, & Kelner, 2001), un processo verso il quale il medico appare piuttosto in difficoltà e andrebbe sostenuto mediante interventi di formazione nell'uso di un approccio olistico, nelle competenze di comunicazione (Benzar et al., 2011), nei modelli di lavoro interdisciplinari (Khalili et al., 2013).

In questo quadro si delineano, tuttavia, elementi di differenza tra ospedale e *hospice*, innanzitutto nei processi comunicativi e nella considerazione della famiglia. Nel rapporto medico-paziente nei medici dell'*hospice*, è più evidente un'attenzione e uno sforzo di adattamento alle caratteristiche, alle preferenze personali e ai valori del paziente. Nello stesso tempo, coerentemente con l'impegno di migliorare la qualità di vita della persona, la famiglia è percepita come un alleato piuttosto che come un elemento critico. Differenze interessanti tra i due contesti si evidenziano anche nella rappresentazione della continuità assistenziale, sicuramente più desiderata e vissuta come obiettivo a cui tendere all'interno dell'*hospice*. Sembra permanere, tuttavia, in entrambi i contesti, un atteggiamento di passività in cui si attribuisce all'altro la responsabilità dell'attivazione del processo di costruzione della rete.

La realizzazione di un *handover* efficace è riconosciuto come un processo delicato e sostanzialmente critico a livello internazionale (Wong, Yee, & Turner, 2008). A tal proposito si rintracciano in letteratura indicazioni interessanti rispetto all'intento di migliorare il processo di *handover*, che vanno dalla creazione di un nuovo ruolo professionale (Nestel, Kneebone, & Barnett, 2005), ad interventi di formazione specifica (Horwitz, Moin, & Green, 2007), all'utilizzo di metodi riflessivi per stimolare i processi di pensiero e confronto in gruppi di medici (Broekhuis & Veldkamp, 2007). Ciò che non è chiaramente indicato in questi lavori è quale professionista debba essere implicato nella realizzazione di questi interventi per i quali noi riteniamo che la competenza psicologica possa dare un sostanziale contributo.

Sulle criticità emerse in questa ricerca pensiamo vantaggioso un intervento psicologico volto ad integrare i sistemi simbolici del *to cure*, propri del *setting* ospedaliero, con quelli del *to care*, più pertinenti all'*hospice*, la ricerca dell'invarianza con la soggettività del paziente, la competenza personale con quella dei colleghi.

All'interno di questo processo di cambiamento, perciò, la professione psicologica può assumere una funzione di rilievo che la stessa recente normativa (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2012) gli riconosce, collaborando al raggiungimento di risultati clinici all'interno delle *équipe* multidisciplinari, facilitando i processi del gruppo di lavoro e quelli di costruzione del lavoro di rete e dell'*handover*. In tal senso, l'invio da una struttura ad un'altra, da momento esclusivamente burocratico-adempitivo, che sembra quasi gravare sui ritmi del sistema ospedaliero, può diventare uno spazio di pensiero in cui trattare le dimensioni emozionali connesse al fine vita, sia rispetto alla difficoltà a confrontarsi con la morte, sia rispetto alla complessità dei rapporti organizzativi tra i diversi servizi.

Il presente studio, nonostante esplori variabili, a nostra conoscenza, sostanzialmente trascurate dalla letteratura, presenta limiti sostanziali nella esiguità dei partecipanti. Questo elemento, unito alla situazione fortemente disomogenea delle nostre regioni, non rende le conclusioni cui giunge la ricerca rappresentative di tutte le realtà territoriali, quindi generalizzabili. Nello stesso tempo esse possono essere considerate esplicative di alcuni degli elementi che riteniamo ostacolino i processi di riorganizzazione dei servizi. Tra questi, le dimensioni culturali, le rappresentazioni che i medici hanno del loro agire professionale, della funzione della medicina nel fine vita e del rapporto tra ospedale e territorio, costituiscono degli elementi critici nella realizzazione del cambiamento.

Per colmare i limiti di questo lavoro, sarebbe utile condurre uno studio multicentrico che compari modalità di costruire network e avviare processi di *handover* di strutture (ospedali e *hospice*) con storia, tradizione ed esperienza diverse in campo di gestione del fine vita, e che metta meglio a fuoco il procedere o meno della riorganizzazione dei servizi sanitari.

Ringraziamenti

Si ringrazia la dott.ssa Alessandra Costantini per il suo contributo nella raccolta dei dati.

Bibliografia

- ACSQHC Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2005). *Clinical Handover and Patient Safety: Literature review report* (March 2005). Retrieved from <http://www.safetyandquality.org/clinhovrlitrev.pdf>
- Allen, L., Hutchinson, A.M., Brown, R., & Livingston, P.M. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 14, 346. doi:10.1186/1472-6963-14-346

- AMA Australian Medical Association (2006). *Safe handover: Guidance on clinical handover for clinicians and managers*. ABN: 37 008 426 793.
- Arora, V., Johnson, J., Lovinger, D., Humphrey, H.J., & Meltzer, D.O. (2005). Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: A critical incident analysis. *Quality & Safety in Health Care*, *14*, 401-407. doi:10.1136/qshc.2005.015107
- Baggs, J.G., Schmit, M.H., Prendergast, T.J., Norton, S.A., Sellers, C.R., Quinn, J.R., & Press N. (2012). Who is attending? End-of-life decision making in the intensive care unit. *Journal of Palliative Medicine*, *15*, 56-62. doi: 10.1089/jpm.2011.0307
- Benzar, E., Hansen, L., Kneitel, A.W., & Fromme, E.K. (2011). Discharge Planning for Palliative Care Patients: A Qualitative Analysis. *Journal of Palliative Medicine*, *14*(1), 65-69. doi: 10.1089/jpm.2010.0335
- Bertolissi, B., Miccinesi, G., & Giusti, F. (2012). Come si muore in Italia: Storia e risultati dello studio Senti-MELC [How to die in Italy: History and results of the study Senti-MELC]. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale*, *2*, 17-34.
- Borowitz, S.M., Waggoner-Fountain, L.A., Bass, E.J., & Sledd, R.M. (2008). Adequacy of information transferred at resident sign-out (in hospital handover of care): A prospective survey. *Quality & Safety in Health Care*, *17*, 6-10. doi: 10.1136/qshc.2006.019273
- Broekhuis M., & Veldkamp C., (2007). The usefulness and feasibility of a reflexivity method to improve clinical handover. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *13*(1), 109-115. doi: 10.1111/j.1365-2753.2006.00675.x
- Brookhart, M.A., Patrick, A.R., Schneeweiss, S., Avorn, J., Dormuth, C., Shrank, W., ... Solomon, D.H. (2007). Physician follow-up and provider continuity are associated with long-term medication adherence: A study of the dynamics of statin use. *Archives of Internal Medicine*, *167*, 847-52. doi: 10.1001/archinte.167.8.847
- Burns, T. (2004). *Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Burns, L.R., & Pauly, M.V. (2002). Integrated delivery networks: A detour on the road to integrated health care? *Health Affairs*, *21*, 128-143.
- Carli, R., (2013). Psicologia clinica e Ospedale: Introduzione al tema [Clinical psychology and Hospital: Introduction to the topic]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, *1*, 55-62. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand: Theory and intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.
- Curry, N., & Ham, C. (2010). *Clinical and service integration: The route to improved outcomes*. London: The King's Fund. Retrieved from: <http://www.kingsfund.org.uk>
- Delva, D., Kerr, J., & Schultz, K. (2011). Continuity of care: Differing conceptions and values. *Canadian Family Physician*, *57*, 915-21. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Denzin, N. (1995). Symbolic interactionism. In J.A. Smith, R. Harre, & L.van Langenhove (Eds.), *Rethinking psychology* (pp. 43-58). London: Sage.
- De Vleminck, A., Houttekier, D., Pardon, K., Deschepper, R., Van Audenhove, C., Vander Stichele, R., & Deliens, L. (2013). Barriers and facilitators for general practitioners to engage in advance care planning: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *31*, 215-226. doi: 10.3109/02813432.2013.854590

- Dose, A.M., Rhudy L.M., Holland D.E., & Olson, M.E. (2011). The experience of transition from hospital to home hospice unexpected disruption. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 13(6), 394-402. Retrieved from: <http://www.medscape.com>
- Fairhurst, K., & May, C. (2006). What general practitioners find satisfying in their work: Implications for health care system reform. *Annals of Family Medicine*, 4(6), 500-505.
- Freeman, G., & Hughes, J. (2010). *Continuity of care and the patient experience: An inquiry into the quality of general practice in England. Research paper*. London: The King's Fund. Retrieved from http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/continuity-care-patient-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf
- Freeman, G.K., Woloshynowych, M., Baker, R., Boulton, M., Guthrie, B., Haggerty, J., ... Tarrant, C. (2007). *Continuity of Care 2006: What have we learned since 2000 and what are policy imperatives now?* London: National Institute for Health Research. Retrieved from: <http://www.sdo.nihr.ac.uk>
- Garland, A., & Connors, A.F. (2007). Physicians' influence over decisions to forego life support. *Journal of Palliative Medicine*, 10, 1298-1305. doi:10.1089/jpm.2007.0061
- Giorgi, A. (1995). Phenomenological psychology. In J.A. Smith, R. Harre, & L. van Langenhove (Eds.), *Rethinking psychology* (pp. 24-42). London: Sage.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella, A.R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica: Fondamenti teorici* [The intervention in clinical psychology: Theoretical foundations]. Roma: Carocci.
- Greenwald, J.L., Denham, C.R., & Jack, B.W. (2007). The hospital discharge: A review of a high-risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. *Journal of Patient Safety*, 3(2), 97-106. Retrieved from: <https://www.bu.edu>
- Grimmer, K.A., Moss, J.R., & Gill, T.K. (2009). Discharge planning quality from the career perspective. *Quality of Life Research*, 9, 1005-1013.
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Feeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327, 1219-1221. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219
- Haggerty, J.L., Roberge, D., Freeman, G.K., & Beaulieu, C. (2013). Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary. *Annals of Family Medicine*, 11(3), 262-271. doi: 10.1370/afm.1499
- Harris, M., Greaves, F., Gunn, L., Patterson, S., Greenfield, G., Car, J., Majed, A., & Pappas, Y. (2013). Multidisciplinary integration in the context of integrated care: Results from the North West London Integrated Care Pilot. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-9. Retrieved from: <http://www.ijic.org>
- Hill, K.M., House, A.O., & Hewison, J. (2008). *Continuity of Care in Stroke and its Relation to Outcomes*. London: National Institute for Health Research. Retrieved from: www.sdo.nihr.ac.uk
- Horwitz, L.I., Moin, T., & Green, M.L. (2007). Development and Implementation of an Oral Sign-out Skills Curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 22(10), 1470-1474. doi:10.1007/s11606-007-0331-0
- Imbasciati, A. (2008). *La mente medica: Che significa "umanizzazione" della medicina* [The medical mind: Which means "humanization" of medicine]. Berlino: Springer Verlag.
- Jeffcott, S.A., Evans, S.M., Cameron, P.A., Chin, G.S.M., & Ibrahim, J.E. (2009). Improving measurement in clinical handover. *Quality & Safety in Health Care*, 18, 272-276. doi:10.1136/qshc.2007.024570
- Kaldjian, L.C., Curtis, A.E., Shinkunas, L.A., & Cannon, K.T. (2009). Goals of care toward the end of life: A structured literature review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 25(6), 501-511. doi: 10.1177/1049909108328256
- Khalili, H., Hall, J., & DeLuca, S. (2014). Historical analysis of professionalism in western societies: Implications for interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 92-97. doi:10.3109/13561820.2013.869197

- Khalili, H., Orchard, C., Laschinger, H.K., & Farah, R. (2013). An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of Interprofessional Care*, 27(6), 448-453. doi: 10.3109/13561820.2013.804042
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C.O., Williams, M.V., Basaviah, P., & Baker, D.W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. *Journal of American Medical Association*, 297(8), 831-841.
- Langher, V., Caputo, A., Ricci, E., & Ajdinski, G. (2014). Regular teachers' representations of school inclusion in Macedonia: A multivariate study. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 108-121. doi: 10.14645/RPC.2014.2.487
- Leotta, A. (2005). *Aspetti psicologici nella relazione tra medico e paziente: Impatto emotivo e reazioni del medico di fronte al malato grave* [Psychological aspects in the relationship between physician and patient: Emotional impact and reactions of the physician in front of the seriously ill]. Soveria Mannelli: Rubettino.
- Magni, S.F., & Massarenti, A. (2010). Etica ed esercizio della medicina [Ethics and practice of medicine]. In A. Pagnini (Ed.), *Filosofia della medicina: Epistemologia, ontologia, etica, diritto* [Philosophy of medicine: Epistemology, ontology, ethics, law] (pp. 495-520). Roma: Carocci.
- Michiels, E., Deschepper, R., Van Der Kelen, G., Bernheim, J.L., Mortier, F., Vander Stichele, R., & Deliens, L. (2007). The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: A qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. *Palliative Medicine*, 21(5), 409-415.
- Ministero della Salute (2015). *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010: Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore* [Report to Parliament on the implementation of Law no. 38 of 15 March 2010: Provisions for ensuring access to palliative care and pain therapy]. Retrieved from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2360_allegato.pdf
- Moore, C., Wisnivesky, J., Williams, S., & McGinn, T. (2003). Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 646-651. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.20722.x
- Mosenthal, A.C., Murphy, P.A., Barker, L.K., Lavery, R., Retano, A., & Livingston, D.H. (2008). Changing the culture around end-of-life care in the trauma intensive care unit. *Journal of Trauma*, 64(6), 1587-1593. doi: 10.1097/TA.0b013e318174f112
- Naylor, M.D. (2003). Nursing intervention research and quality of care: Influencing the future of healthcare. *Nursing Research*, 52(6), 380-385. PMID: 14639084
- Naylor, M.D., Brooten, D.A., Campbell, R.L., Maislin, G., McCauley, K.M., & Schwartz, J.S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. *Journal of American Geriatric Society*, 52(5), 675-684. PMID:15086645
- Nestel, D., Kneebone, R., & Barnett, A. (2005). Teaching communication skills for handover: Perioperative specialist practitioners. *Medical Education*, 39(11), 1157. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02303.x
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: A review of systematic reviews. *International Journal of Quality Health Care*, 17, 141-146. doi: 10.1093/intqhc/mzi016
- Øvretveit, J. (2009). *Does Improving Quality Save Money?* London: Health Foundation. Retrieved from: www.health.org.uk
- Pandhi, N., & Saultz, J.W. (2006). Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *Journal of American Board of Family Medicine*, 19(4), 390-397. doi: 10.3122/jabfm.19.4.390
- Patterson, E.S. (2008). Structuring flexibility: The potential good, bad and ugly in standardization of handovers. *Quality & Safety in Health Care*, 17, 4-5. doi:10.1136/qshc.2007.022772

- Pinnock, H., Huby, G., Powell, A., Kielmann, T., Tierney, A., Price, D., ... Sheikh, A. (2008). *The process of planning, development and implementation of a general practitioner with a special interest service in primary care organisations in England and Wales: A comparative prospective case study*. London: National Institute for Health Research. Retrieved from: www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/99-final-report.pdf
- Ploch, T., & Klazinga, N. (2002). Community-based integrated care: Myth or must? *International Journal of Quality of Health Care*, 14, 91-101. Retrieved from: <http://intqhc.oxfordjournals.org>
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2012). *Intesa Stato Regioni, 25.7.2012* [Agreement State-Regions, 25.7.2012]. Retrieved from: <http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=10992&iddoc=37447&tipodoc=2>
- Reid, R., Haggerty, J., & McKendry, R. (2002). *Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- Ridd, M., Shaw, A., & Salisbury, C. (2006). Two sides of the coin—the value of personal continuity to GPs: A qualitative interview study. *Family Practice*, 23, 461-468. Retrieved from: <http://www.oxfordjournals.org>
- Ritchie, C. (2007). Health care quality and multimorbidity. *Medical Care*, 45, 477-479.
- Robinson, A., & Street, A. (2004). Improving networks between acute care nurses and an aged care assessment team. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 486-496. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00863.x
- Saultz, J.W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of family medicine*, 1, 134-143. doi: 10.1370/afm.285
- Saultz, J.W., & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient Satisfaction: A critical review. *Annals of Family Medicine*, 2, 445–451. doi: 10.1017/S1478951507070228
- Schers, H., Ven, C., Hoogen, H., & Bosch, W. (2004). Family Medicine Trainees Still Value. *Continuity of Care in Family Medicine*, 36(1), 51-4. Retrieved from: <http://www.stfm.org>
- Sibbald, R., Downar, J., & Hawryluck, L. (2007). Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units. *Canadian Medical Association Journal*, 177, 1201-1208. doi: 10.1503/cmaj.070144
- Singer, P.A., Martin, D.K., & Kelner, M. (2001). Quality end-of-life care: Patient’s perspective. *Journal of American Medical Association*, 281, 163-168. doi:10.1001/jama.281.2.163
- Slort, W., Schweitzer, B.P., Blankenstein, A.H., Abarshi, E.A., Riphagen, I.I., Echteld, M.A., ... Aaronson, N.K. (2011). Perceived barriers and facilitators for general practitioner-patient communication in palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 25, 613-629.
- Smith, J.A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and Health*, 11, 261-271.
- Smith, J.A., Flowers, P., & Osborn, M. (1997). Interpretative phenomenological analysis and the psychology of health and illness. In L. Yardley (Ed.), *Material Discourses in Health and Illness* (pp. 68–91). London: Routledge.
- Smith, J.A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J.A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology* (pp.51-80). London: Sage.
- Stokes, T., Tarrant, C., Mainous, A.G., Schers, H., Freeman, G., & Baker, R. (2005). Continuity of Care: Is the Personal Doctor Still Important? A Survey of General Practitioners and Family Physicians in England and Wales, the United States, and the Netherlands. *Annals of Family Medicine*, 3(4), 353-359. doi: 10.1370/afm.351
- Stone, M.J. (2001). Goals of care at the end of life. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 14(2), 134-137. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

- Tallman, K., Greenwald, R., Reidenouer, A., & Pantel, L. (2012). Living With Advanced Illness: Longitudinal Study of Patient, Family, and Caregiver Needs. *The Permanente Journal*, 16(3), 28-35. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Teno, J.M., Gozalo, P.L., Bynum, J.P., Leland, N.E., Miller, S.C., Morden, N.E., ... Mor, V. (2013). Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: Site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *Journal of American Medical Association*, 309(5), 470-477. doi: 10.1001/jama.2012.207624
- Testoni, I. (2007). *Autopsia filosofica. Il momento giusto per morire tra suicidio razionale ed eternità* [Philosophical autopsy. The right time to die between rational suicide and eternity]. Milano: Feltrinelli-Apogeo.
- Testoni, I. (2009a). La congiura del silenzio e la solitudine del dolore dopo la “cattiva notizia” [The conspiracy of silence and solitude of pain after the “bad news”]. *La Famiglia: Bimestrale di problemi familiari*, 249, 15-21.
- Testoni, I. (2009b). La solitudine del morente [The loneliness of the dying]. *Testimonianze*, 6(462), 89-93.
- Testoni, I., Martini, F., Cemin, M., & Ronconi, L. (2009). La famiglia nella comunicazione tra medico e paziente: L’approccio delle *medical humanities* e la gestione della cattiva notizia [The family in the communication between physician and patient: The approach of medical humanities and management of bad news]. *Metis. Ricerche di Sociologia, Psicologia e Antropologia della Comunicazione*, 16(1), 119-134.
- Visser, M., Deliens, L., & Houttekier, D. (2014). Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: A systematic review. *Critical Care*, 18(6), 604. doi: 10.1186/s13054-014-0604-z
- Von Bültzingslöwen, I., Eliasson, G., Sarvimäki, A., Mattsson, B., & Hjortdahl, P. (2006). Patients’ views on interpersonal continuity in primary care: A sense of security based on four core foundations. *Family Practice*, 23, 210-219. doi: 10.1093/fampra/cmi103
- Waibel, S., Henao, D., Aller, M.B., Vargas, I., & Vázquez, M.L. (2012). What do we know about patients’ perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal of Quality Health Care*, 24(1), 39-48. doi: 10.1093/intqhc/mzr068
- Wenrich, M.D., Curtis, J., Shannon, S.E., Carline, J.D., Ambrozy, D.M., & Ramsey, P.G. (2001). Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. *Archives of Internal Medicine*, 161(6), 868–874. doi:10.1001/archinte.161.6.868
- WHO-World Health Organization (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: World Health Organization.
- Witherington, E.M.A., Pirzada, O.M., & Avery, A.J. (2008). Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: Observational study. *Quality & Safety in Health Care*, 17, 71-75. doi: 10.1136/qshc.2006.020842
- Wong, M.C., Yee, K.C., & Turner, P. (2008). *Clinical Handover Literature Review*. Hobart: eHealth Services Research Group, University of Tasmania, Australia.
- Zacks, J.M., & Tversky, B. (2001). Event structure in perception and conception. *Psychological Bulletin*, 127(1), 3-21. Retrieved from: <http://www.apa.org/journals/bul.html>
- Zammuner, V.L. (1998). *Tecniche dell’intervista e del questionario*. Bologna: Il Mulino.

Psychological function in the relationship between hospital and community: A research intervention about Multiple Sclerosis and generativity

Maria Carlino^{*}, *Umberto Di Toppa*^{**}, *Silvia Policelli*^{**}, *Alessandro Chiodi*^{***}, *Giorgia Margherita*^{****}

Abstract

Multiple Sclerosis (MS) organizes, in its symbolic signification of chronic disease, problematic experienced for the quality of life of women, who live motherhood, and their system of coexistence. These aspects are very important in relation to the hospitals care services which takes charge of them.

In the light of these considerations we propose a research intervention, implemented in a Multiple Sclerosis hospital care service. The study pursues the dual objective of exploring the emotional symbolizations of motherhood for women who live with MS and offering a clinical psychological intervention through a group setting within the hospital context.

We think the psychological function would be useful to address the issues came to light in the study. Through an intervention aimed at integrating the experiences related to the chronic disease and disability with those linked to the future, as generativity; and at developing common goals in the relationship between women and hospital care system.

Keywords: generativity; chronic disease; hospital care system; psychological function; research intervention.

^{*} Department of Human Study, University of Naples “Federico II”; Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: mariacarlino@unina.it

^{**} Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: umbertoditoppa@gmail.com

^{**} Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: silviapolicelli@gmail.com

^{***} Department of Clinical Neuroscience and Anesthesiology, University of Naples “Federico II”. E-mail: alessandro.chiodi@unina.it

^{****} Department of Human Study, University of Naples “Federico II”. E-mail: margheri@unina.it

Carlino, M., Di Toppa, U., Policelli, S., Chiodi, A., & Margherita, G. (2015). La funzione psicologica nella relazione tra ospedale e territorio: Una ricerca intervento su Sclerosi Multipla e generatività [Psychological function in the relationship between hospital and community: A research intervention about Multiple Sclerosis and generativity]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 44-60. doi: 10.14645/RPC.2015.2.549

La funzione psicologica nella relazione tra ospedale e territorio: Ina ricerca-intervento su Sclerosi Multipla e generatività

*Maria Carlino**, *Umberto Di Toppa***, *Silvia Policelli***, *Alessandro Chiodi****, *Giorgia Margherita*****

Abstract

La Sclerosi Multipla (SM) organizza, nella sua significazione simbolica di malattia cronica, vissuti problematici per la qualità della vita e del sistema di convivenza di donne che fanno esperienza della maternità. Sono aspetti che assumono grande rilevanza, soprattutto se considerati in rapporto ai sistemi di cura ospedalieri che se ne occupano. A partire da tali considerazioni, proponiamo un lavoro di ricerca-intervento realizzato in un servizio ospedaliero di cura della Sclerosi Multipla, che si è posto il duplice obiettivo di esplorare le simbolizzazioni affettive della maternità per donne che convivono con la SM e di sperimentare un intervento psicologico clinico attraverso un setting di gruppo entro il contesto ospedaliero. Sono emersi problemi per cui pensiamo utile una funzione psicologica, attivata da interventi volti a integrare vissuti della cronicità della malattia e della disabilità, e vissuti volti al futuro, rappresentati dalla generatività; avendo in mente lo sviluppo di obiettivi possibili nel rapporto tra donne e servizio ospedaliero.

Parole chiave: generatività; patologia cronica; servizio ospedaliero; funzione psicologica; ricerca-intervento.

* Dipartimento di Studi Umanistici Università degli studi di Napoli "Federico II"; Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica: Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: mariacarlino@unina.it

** Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica: Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: umbertoditoppa@gmail.com

** Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica: Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: silviapolicelli@gmail.com

*** Dipartimento di Neuroscienze Cliniche, Anestesiologia e Farmacoutilizzazione, Università degli Studi di Napoli "Federico II". E-mail: alessandro.chiodi@unina.it

**** Dipartimento di Studi Umanistici Università degli studi di Napoli "Federico II". E-mail: margheri@unina.it

Carlino, M., Di Toppa, U., Policelli, S., Chiodi, A., & Margherita, G. (2015). La funzione psicologica nella relazione tra ospedale e territorio: Una ricerca intervento su Sclerosi Multipla e generatività [Psychological function in the relationship between hospital and community: A research intervention about Multiple Sclerosis and generativity]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 44-60. doi: 10.14645/RPC.2015.2.549

Premessa

La convivenza con la Sclerosi Multipla (SM) confronta con una condizione clinica dal decorso in parte imprevedibile, caratterizzato da sintomi come la fatica o i disturbi cognitivi, e dalla necessità di osservare in modo costante la farmacoterapia. Questi sono tutti elementi, correlati alla SM, che possono avere un grosso impatto sul benessere psicologico delle persone affette da questa patologia (Dennison, Moss-Morris, & Chalder, 2009). Tra i disturbi psicologici maggiormente evidenziati in letteratura, si rilevano tassi elevati di depressione e di angoscia (Janssens et al., 2003), un aumento di ansia (Zorzon et al., 2001), riduzione del benessere soggettivo e della qualità della vita (Benito-Leon et al., 2003), difficoltà relazionali e nel mantenere il proprio ruolo sociale (Hakim et al., 2000; Mohr et al., 1999). La SM, quale malattia cronica in donne che fanno esperienza della maternità, organizza, nella sua significazione simbolica, dei vissuti problematici; sia per la qualità della vita e del sistema di convivenza di queste donne, sia per lo stesso decorso della malattia. Si tratta di aspetti che assumono grande rilevanza, soprattutto se considerati in rapporto ai sistemi di cura ospedalieri che se ne occupano. A partire da tali considerazioni, proponiamo un lavoro di ricerca-intervento sulle simbolizzazioni emozionali condivise sulla maternità, entro il rapporto tra donne con diagnosi di SM e contesto ospedaliero universitario. Tale lavoro si è posto l'obiettivo di esplorare le simbolizzazioni affettive della maternità anche attraverso la messa a punto di un intervento psicologico clinico entro un setting di gruppo, nel contesto ospedaliero universitario.

Prima di trattare la costruzione del lavoro, le attività specifiche della ricerca-intervento, i problemi e la cultura delle donne con diagnosi di SM che sperimentano la maternità, il lavoro entro il dispositivo di gruppo, le riflessioni sulla funzione psicologica in tale contesto, ci sembra necessaria una premessa. Ci sembra importante riflettere sul senso che assume la SM, quale patologia cronica, nella sua componente simbolico-emozionale, entro il rapporto tra ospedale e territorio, ovvero tra la cultura ospedaliera e i sistemi di convivenza portatori di domande nei confronti dell'ospedale.

In particolare, pensiamo all'incontro tra cultura ospedaliera e domanda inerente il portato emozionale di donne con diagnosi di SM, che si confrontano con un progetto di maternità. Le simbolizzazioni emozionali con cui le madri con SM costruiscono il rapporto con la malattia, la maternità e il proprio sistema di convivenza, assumono senso entro il rapporto, per certi versi critico, con l'odierna cultura ospedaliera.

Ai fini del nostro discorso, possiamo considerare due aspetti fortemente organizzanti il rapporto sia tra pazienti con SM e sistema curante, che tra loro e il sistema di convivenza: la *cronicità* della SM, con peculiare regime di trattamento medico, di tipo ambulatoriale-ospedaliero, alternativo al ricovero da un lato, la *variabilità* delle caratteristiche sintomatologiche della SM dall'altro; pensiamo alla considerevole variabilità individuale nel decorso della malattia, all'andamento sintomatico imprevedibile, all'alternanza di fasi più o meno acute dei sintomi con significativa riduzione degli stessi. Inoltre, nello specifico del nostro tema, pensiamo allo spettro della disabilità evocato dalla gravidanza, che comporta un'importante acutizzazione della patologia nel periodo post-partum.

La cronicità

Circa il primo punto, è utile ascrivere la SM entro il più ampio contesto delle malattie croniche. Da un punto di vista psicologico, la definizione di malattia cronica è complessa. L'impatto della patologia cronica cambia da persona a persona, per cui nella letteratura si è pian piano abbandonata la pretesa di individuare generalizzazioni su come le persone si adattino alle patologie croniche. Tale impatto si declina non solo nelle attività di tutti i giorni e nelle relazioni con la famiglia e con gli amici, ma riguarda anche l'ambito dei vissuti, delle simbolizzazioni emozionali della malattia (Carli, 2013). Si entra nel campo della costruzione emozionale della malattia stessa, che organizza il rapporto tra paziente e sistema familiare e sociale di convivenza, come pure con il sistema curante.

La caratteristica di cronicità, che riguarda la SM e altre malattie dal medesimo decorso, sembra mettere in crisi il tradizionale modello biomedico basato sulla concezione eziopatogenetica, che contempla il processo

d'intervento entro l'asse diagnosi-prognosi-terapia-guarigione. Ciò ha comportato, nel trattamento medico della malattia cronica, uno spostamento dalla cura della malattia all'attenzione per la qualità della vita del paziente, con una prassi medica maggiormente dedicata al trattamento sintomatico che mira al benessere del paziente (Balint, 1957; Stewart et al., 1995; Weston & Brown, 1995); si tratta per altro di un cambiamento culturale e di prassi che non può dirsi pienamente risolto.

Volgendo lo sguardo alla cultura ospedaliera, la malattia cronica, nella sua significazione simbolica, sembra contribuire (insieme ad altri cambiamenti storici e culturali avvenuti soprattutto dagli Anni '70 ad oggi) a mettere in discussione due dei pilastri su cui, per secoli, si è retta la cultura sanitaria: il modello eziopatogenetico e la centralità del rapporto di dipendenza medico-paziente, centrale nella prassi del ricovero ospedaliero. Dal punto di vista della dinamica delle relazioni simboliche, ricordiamo con Fornari (1976) le due funzioni che la medicina riveste nei confronti del malato: il curare il male altro del quale il paziente è portatore (funzione fallocentrica) e il prendersi cura del bene proprio del malato stesso (funzione onfalocentrica). Il modello fallocentrico tratta il male come se altro dalla persona, lottando contro la malattia come alienità intrusiva e nemica, separata dalla soggettività di chi ne è portatore. L'intervento medico sul male altro, orientato dal modello eziopatogenetico, giustifica questa separazione in funzione della guarigione dalla malattia e della remissione completa dei sintomi. Ciò non si verifica nel caso della patologia cronica.

Inoltre, entro questa separazione tra bene proprio e male altro, il sapere medico non prende in considerazione il malato quale persona con una soggettività che vive simbolicamente la relazione con il sistema sanitario, e trasforma tale processo simbolico in un agito o in un pensiero fondante l'azione (Carli, 2013). Come afferma Canguilhem (1966/1998), la soggettività del malato non è di pertinenza della scienza medica, e rappresenta solo un elemento irrilevante per la prassi del medico, se non proprio di disturbo. Oggi, con l'avvento della medicina scientifica, la separazione tra fatti e vissuti si è proposta come centrale per la scienza e le prassi mediche. È importante sottolineare come questa separazione tra fatti e vissuti lasci aperto il problema del destino dei vissuti che caratterizzano l'esperienza dei pazienti e dei loro parenti nell'ambito del sistema sanitario, specie nel caso di una malattia cronica, non riconducibile alla prassi medica classica (Lo Cascio et al., 2014).

D'altra parte, la funzione onfalocentrica della medicina, complementare a quella fallocentrica, può essere vista come una funzione materna, dove il paziente è considerato come un feto contenuto nell'utero, legato alla madre dal residuo del cordone ombelicale (*omphalos*). Una funzione che può esercitarsi solo se il paziente viene visto regressivamente quale indifeso, senza autonomia di scelta e in un contesto potenzialmente ostile. L'assunzione acritica della funzione onfalocentrica avalla la connotazione di passività assoluta alla quale il paziente è chiamato entro il sistema sanitario (Carli, 2013). Riassumendo, la dipendenza simbolica del malato dal medico è funzionale all'intervento medico in vista della guarigione, ma la malattia cronica mette in crisi questo fine, sia dal punto di vista della prassi medica che nelle simbolizzazioni condivise che la sostanziano.

Nel caso della SM, oggi esistono diversi trattamenti approvati dalle autorità sanitarie, essenzialmente di tipo farmacologico, somministrabili per via iniettiva oppure orale, e sono sempre più numerosi gli studi finalizzati a delineare strategie terapeutiche più efficaci per gestire la malattia. Ciò comporta una specifica caratterizzazione del rapporto tra paziente e sistema sanitario. I trattamenti della SM avvengono principalmente in regime ambulatoriale, entro un rapporto tra paziente e medico curante (specialista entro la struttura ospedaliera), legato spesso all'andamento altalenante dei sintomi. In tal senso ci sembra utile sottolineare, nel trattamento medico della SM, l'assenza dell'ospedalizzazione come ricovero; tutto ciò ha importanti implicazioni nei vissuti delle madri con SM. Ricordiamo che il ricovero ospedaliero organizza una dinamica di dipendenza e passivizzazione del paziente finalizzata alla guarigione della malattia, che richiama la funzione onfalocentrica di cui parla Fornari (1976), ma comporta anche un forte disagio, che dipende da fattori quali la separazione dal nucleo familiare, la necessità di adeguarsi a nuovi ritmi istituzionali (spesso molto diversi dai propri), la parziale rinuncia alla privacy, lo stato di inevitabile dipendenza e perdita di autonomia personale, il rapporto non sempre facile con il personale ospedaliero, le paure e il bisogno di rassicurazione (Lo Cascio et al., 2014). La SM, come dicevamo, mette in crisi tale dinamica di dipendenza, imponendo al tempo stesso una convivenza con la patologia, di cui ricordiamo la specifica imprevedibilità della sintomatologia, nel proprio contesto di vita (famiglia, lavoro, etc.); contesto ove viene anche assunta, in buona parte, la responsabilità della gestione della terapia farmacologica.

La variabilità

Oltre alla cronicità, possiamo considerare altre specificità della SM, soprattutto dal punto di vista sintomatico e prognostico. La Sclerosi Multipla è una malattia infiammatoria-demielinizzante cronica del sistema nervoso centrale, che colpisce la sostanza bianca con distruzione della guaina mielinica. Sebbene, grazie alla ricerca, si concretizzi sempre più l'ipotesi di un'eziologia multifattoriale, che chiama in causa sia fattori immunologici e genetici sia ambientali, l'origine della SM è ancora sconosciuta. I sintomi dipendono dalla localizzazione dei focolai di demielinizzazione: possono essere molto variabili da individuo a individuo e si rivelano imprevedibili nella loro manifestazione temporale durante il decorso della patologia. Ne consegue un quadro clinico caratterizzato da sintomi multiformi, variamente associati tra loro, che si susseguono e si sommano nel tempo: disturbi motori, sensitivi, visivi, dell'equilibrio e della coordinazione, disfunzioni sessuali ed urinarie, sindromi dolorose e disturbi emotivi (Gilchrist & Creed, 1994). Inoltre, nella maggior parte dei casi, la malattia è caratterizzata dall'alternarsi di fasi acute, definite ricadute o poussé, seguite da regressioni in parte complete (Pugnetti et al., 1993). La SM si presenta con un alto livello di variabilità individuale perché il sistema nervoso centrale è capace di sottoporsi a un certo grado di riparazioni; questo permette la riduzione dei sintomi per qualche tempo, fino a un altro attacco di malattia, che provoca danni maggiori (Battaglia & Orsi, 2004).

È inoltre importante sottolineare un altro aspetto, che concerne il nostro specifico tema. La gravidanza, nelle donne con SM, determina una consistente riduzione della frequenza delle ricadute durante il secondo e terzo trimestre di gestazione, e un loro successivo aumento nel post parto (Confavreux et al., 1998; Vukusic et al., 2004). In altre parole potremmo dire che, durante la gravidanza, le donne con SM hanno una remissione sintomatica importante.

Si può capire come tali specifiche caratteristiche (variabilità individuale nel decorso, andamento sintomatico imprevedibile, fasi alterne di presenza dei sintomi, andamento della sintomatologia nel periodo pre e post-partum etc.), abbiano importanti implicazioni dal punto di vista psicologico.

Prima del 1950, si riteneva in modo condiviso che la gravidanza accelerasse il decorso della SM e alle donne veniva sconsigliato di rimanere incinte (Cook, Troiano, Bansil, & Dowling, 1993): se si verificava una gravidanza, spesso se ne raccomandava l'interruzione. Inoltre si scoraggiava l'allattamento, per paura di ulteriori peggioramenti (Poser & Poser, 1983). Negli ultimi tempi, nonostante le scoperte scientifiche abbiano confutato buona parte degli effetti negativi del rapporto tra patologia, gestazione e parto, molte donne con SM evitano ancora di compiere la scelta della maternità, anche a causa della percezione di disapprovazione da parte di chi le circonda (Wates, 1997). A tal proposito, anche in studi recenti sono emersi tassi elevati d'interruzione della gravidanza (Mueller, Zhang, & Critchlow, 2002) e mancanza di figli (Damek & Shuster, 1997). La maggior parte di queste donne sceglie di non avere figli e spesso considera la gravidanza come "rischiosa" (Thomas, 1997). Le preoccupazioni principali riguardano la salute della donna e quella del bambino, anche per i rischi associati alla sospensione dei farmaci (Birk & Kalb, 1992) e la paura che il nascituro erediti la SM (Oksenberg, Baranzini, Barcellos, & Hauser, 2001). Inoltre si rileva in queste donne l'incertezza di essere in grado di prendersi cura di un bambino, a causa delle progressive disabilità fisiche e cognitive (Fragoso, 2009). Molte si domandano se saranno in grado di affrontare la vita di tutti i giorni dopo il parto e se, nonostante la malattia, potranno essere buone madri (Borisow et al., 2012).

Le donne che perseguono un progetto di maternità, di generatività, di vita, si confrontano, inoltre, con lo spettro sia dell'infertilità causata da effetti indesiderati dei farmaci, che delle disfunzioni sessuali che la SM riporta tra i sintomi più comuni. Si verificano infatti importanti problemi nel rapporto sessuale, collegati sia a sintomi fisici che al sentirsi indesiderate. Non ultimo risulta problematico il vissuto del rischio di recidivazione acuta della patologia nel periodo post-partum.

In questo scenario, si può ipotizzare che l'emozionalità di queste donne sia ben lontana da quanto contemplato dalla cultura medico-ospedaliera, che orienterebbe il paziente a una regressione infantile di dipendenza passiva, regressiva e fiduciosamente affidata. Si tratta di aspetti emozionali conflittuali che ritroveremo nel vissuto che le donne incontrate ci hanno comunicato.

La ricerca-intervento

Il lavoro di ricerca-intervento presentato nasce dall'interesse del Dottorato di Ricerca in Studi di Genere dell'Università di Napoli "Federico II" di realizzare uno studio nell'ambito dei servizi di cura della Sclerosi Multipla, focalizzato sui problemi che le donne vivono in rapporto alla maternità. Abbiamo inteso la maternità in un'accezione non reificata, entro una categoria emozionale che richiama in senso simbolico la

capacità di produrre, meglio esplicitabile come generatività. È stato così costruito un disegno di ricerca-intervento¹ di cui si è proposta la realizzazione in un servizio ospedaliero, un Centro di cura della Sclerosi Multipla² che afferisce alla medesima Università.

Il servizio si è detto sensibile nei confronti del problema, evidenziando la volontà di attuare un intervento rivolto alle pazienti del Centro. La collaborazione con i referenti psicologi, neurologi ed infermieri della struttura si è avviata incentrandosi sulla possibilità di migliorare la qualità di un servizio rivolto specificatamente alle donne. In particolare è stato importante conoscere la linea d'intervento sanitario che persegue il Centro. L'approccio integrativo attuato dal servizio, che tiene conto della storia personale del paziente, del suo stile di vita e delle sue richieste, è volto ad integrare intervento medico e progetti di vita dei pazienti. Nel caso della gravidanza, il Centro aderisce a un protocollo che prescrive la sospensione della farmacoterapia solo nella sua evidenza, differenziandosi così da quelle prassi che, come prescrivono gli studi precedenti agli anni Ottanta, osservano la sospensione del farmaco almeno tre mesi prima di intraprendere una gravidanza, in modo che l'organismo sia depurato degli effetti collaterali dei farmaci. Nonostante il progresso scientifico abbia reso obsolete tali prassi, ancora oggi alcune strutture vi aderiscono, confermando con forza l'equivalenza simbolica tra gravidanza e disabilità, ed esponendo a un'assunzione di rischio maggiore la donna che, scegliendo di programmare la gravidanza, si espone per un lungo periodo alla possibilità di recidivazione della patologia, poiché sprovvista degli effetti curativi e preventivi della farmacoterapia.

Nel rapporto con il Centro il disegno di ricerca-intervento è stato rimodulato; di seguito si propongono alcune considerazioni relative alle sue due fasi: una di esplorazione delle simbolizzazioni emozionali della maternità, e una di intervento tramite un gruppo di sostegno psicodinamicamente orientato (Margherita, 2009).

Fase 1: Esplorazione delle simbolizzazioni emozionali della maternità

In questa fase è stata effettuata un'Analisi Emozionale del Testo, AET (Carli & Paniccchia, 2002) mediante delle interviste aperte, somministrate a 20 pazienti del Centro, al fine di esplorare le dinamiche emozionali collusive concernenti il rapporto tra pazienti, malattia, maternità e sistema curante. Ci si è posti l'obiettivo di esplorare eventuali problemi di cui il servizio, che Dottorato e Centro progettavano di avviare, potesse occuparsi. Le interviste prevedevano una domanda stimolo finalizzata a consentire alle intervistate, in relazione al proprio ruolo di pazienti e in rapporto alle istituzioni rappresentate dal gruppo di ricerca, di associare liberamente circa la propria esperienza rispetto alla maternità. La domanda è stata così articolata:

“Buongiorno, mi chiamo _____, sono psicologa e faccio parte di un gruppo di lavoro afferente ad un Dottorato dell'Università Federico II che, in collaborazione con il Centro Sclerosi Multipla di questo Ospedale Universitario, sta organizzando un servizio rivolto alle donne, che si occupi della maternità. Prima di avviare tale servizio, che si effettuerà attraverso incontri di gruppo, vorremmo conoscere l'esperienza delle pazienti circa la maternità, in un incontro come questo tra noi oggi. Le chiedo l'autorizzazione di registrare quanto diremo in questo tempo di trenta minuti, in modo da poterne conservare memoria in forma anonima e da poter utilizzare un programma che analizza il testo dei discorsi trascritti di tutte le partecipanti. Quanto saremo in grado di conoscere attraverso tale metodo sarà condiviso con quanti saranno interessati, per questo le chiediamo di lasciare un suo recapito”.

Le interviste sono state realizzate negli ambulatori del Centro Sclerosi Multipla dell'Ospedale Universitario e sono state audio registrate, al fine di consentire una trascrizione verbatim, necessaria per l'analisi.

Non è stato effettuato un campionamento statistico, perché si è data primaria importanza alla volontà delle persone contattate di aderire con interesse, a partire da una loro risposta all'avviso che iniziava l'attività di ricerca. In primo luogo, abbiamo selezionato, a partire dalle cartelle cliniche, le pazienti con le caratteristiche corrispondenti al nostro disegno di ricerca; successivamente le abbiamo contattate telefonicamente per proporre loro la partecipazione; alcune sapendo dell'iniziativa si sono proposte da sé.

¹ La ricerca-intervento è stata costruita e realizzata nel lavoro di Tesi di dottorato di Carlini (2015).

² Per la realizzazione della ricerca-intervento si ringrazia il gruppo di lavoro dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II afferente al Centro Regionale Sclerosi Multipla, responsabili Vincenzo Brescia Morra, Roberta Lanzillo, Barbara Satelliti, e all'Unità di Psicologia Clinica, responsabile Paolo Valerio.

Grazie alla collaborazione del personale medico-infermieristico del Centro Regionale Sclerosi Multipla e all'autorizzazione del Comitato Etico di Ateneo, sono state contattate 65 pazienti che rispondessero ai seguenti criteri minimi di inclusione: sesso femminile; diagnosi certa di Sclerosi Multipla; età compresa tra i 18 e 45 anni; punteggio EDSS (Expanded Disability Status Scale) non superiore a 3.5, indicativo di un lieve grado di disabilità fisica del soggetto (Kurtzke, 1983); adesione al progetto e sottoscrizione del consenso informato. Delle pazienti contattate ha partecipato il 30,7%, a fronte del 55% che aveva dichiarato di partecipare, ma il 24,3% non si è presentato all'appuntamento. Hanno così scelto di partecipare alla fase 1 del progetto, 20 pazienti donne del Centro Regionale Sclerosi Multipla, che presentano le caratteristiche riportate nella Tabella 1.

Tabella 1. *Caratteristiche delle partecipanti*

<i>Età</i>	Età media 35,27(<i>da 29 a 42 anni di età</i>)
<i>Tempo di conoscenza della diagnosi</i>	25% t= 0 -3); 45% t= 3-10 anni; 30% t=oltre 10 anni.
<i>Partner fisso</i>	80% Sì
<i>Rapporto tra tempo di comunicazione diagnosi e maternità</i>	35% assenza di figli; 30% nascita dei figli in tempo pre-diagnosi; 20% nascita dei figli in tempo post-diagnosi; 15% incinta in questo momento
<i>Tipo di SM</i>	100% delle partecipanti recidivante-remittente
<i>Livello di disabilità</i>	100% ha punteggio inferiore al 3.5 del EDSS
<i>Comprovata difficoltà procreativa</i>	100% ha nessuna

La procedura di analisi ha previsto un primo trattamento del testo attraverso il software T-Lab, versione 8.1 (Lancia, 2004). Si è così ottenuto l'elenco di tutte le forme verbali presenti nel testo. Le forme verbali emerse sono più di 4.500. Sono state individuate, disambiguate e lemmatizzate, entro questo elenco di forme verbali, le *parole dense*, ovvero dotate di un massimo di polisemia emozionale e di un minimo di ambiguità (Carli & Panizza, 2002) presenti nel testo. Si è così giunti ad un elenco di 645 forme verbali dense. Il programma informatico, dal canto suo, aveva segmentato il testo in 749 Unità di Testo. L'analisi dei cluster, operata sulle co-occorrenze delle parole dense entro le Unità di Testo, ha determinato quattro cluster (valore soglia $p = .05$). In Figura 1 illustriamo lo Spazio Fattoriale con tre fattori entro il quale si sono disposti 4 Repertori Culturali (R.C., cluster sotto un profilo statistico).



Figura 1. *Spazio Fattoriale*

Tabella 2. *Relazione tra Cluster(R.C.) e Fattori*

Cluster	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3
R.C._1	-0,7025	0,5223	-0,5831
R.C._2	-0,4983	1,4019	-0,2876
R.C._3	1,0071	-0,6999	0,0789
R.C._4	-0,3828	-0,0267	0,3698

Per ogni cluster si presentano nella Tabella 3 le parole dense che, in ordine decrescente, caratterizzano i cluster in base al loro valore di χ^2 .

Tabella 3. *Cluster di parole dense*

	<i>Cluster 1</i> 15,2 % di Unità di testo	<i>Cluster 2</i> 18,2 % di Unità di testo.	<i>Cluster 3</i> 4,6 % di Unità di testo	<i>Cluster 4</i> 62,0 % di Unità di testo
PAROLE DENSE ordinate in base al valore decrescente del χ^2	farmaco (12,67), sospendere (10,23), paziente (8,90), controlli (7,77), professore (7,53), risonanza (7,51), terapia (7,27)	letto (9,443), mangiare (9,19), dolore (9,05), leggere (8,97), camminare (8,01), chilo (7,97), occhio (7,26)	chiudere (14,6), cerchio (14,58), sensazione (12,86), pena (10,87), valere (10,87), vincere (9,72)	partner (5,82), madre (5,69), vivere (5,66), ragazzo (4,88), figlio (4,84), bambino (4,21)

Possiamo ora passare all'analisi degli incontri di parole dense entro i Repertori Culturali. L'utilizzo dell'etimologia concorre al poter cogliere il precipitato storico-culturale riportato dalla parola e la sua modalità di simbolizzazione della relazione, che è possibile raccogliere, confermare o rimettere in gioco nell'incontro con le altre parole (Battisti & Dolcetti, 2012).

R.C. 1

Sul primo asse fattoriale troviamo il R.C. 1 in rapporto con il polo negativo e come variabili illustrative *conoscenza della diagnosi da meno di tre anni, e nascita dei figli in tempi pre-diagnosi*. È composto dal 15,2% delle Unità di Testo.

La prima parola è **farmaco**, che deriva da *pharmacum*, veleno. Poi **sospendere**: letteralmente, appendere qualcosa o qualcuno in modo che non tocchi terra; interrompere per un tempo determinato o indeterminato; privare temporaneamente una persona dell'esercizio delle proprie funzioni, o di diritti. Poi **paziente**, colui che soffre (da *patior*), che sopporta, tollera. In questo primo incontro di parole dense si rintraccia l'emozionalità di chi sopporta una condizione di sospensione e di rischio. Troviamo poi **controlli** (letteralmente, controregistro, ossia registro che fa di riscontro al registro originale e serve a verificare i dati), **professore** (da *professus*, colui che dichiara pubblicamente), **risonanza** (nel testo sempre nel senso di tecnica diagnostica di rappresentazione grafica, che permette di valutare la funzionalità di un organo o di un apparato del corpo umano) e **terapia** (dal greco *therapeyò*, assisto, curo, guarisco). C'è la relazione di cura tra persone con una patologia cronica come la Sclerosi Multipla e il servizio ospedaliero; cura che non si risolve con una guarigione, ma che si avvia per poi continuare in una condizione di indefinitezza critica che potremmo definire di sospensione: manca la terra sotto i piedi; si è privati per un tempo indefinito di funzioni, e nel sentimento anche di diritti. Le variabili *conoscenza della diagnosi da meno di tre anni e nascita di figli in tempi pre-diagnosi*, possono far ipotizzare che avere un'esperienza relativamente breve di convivenza con la propria patologia e non avere esperienza di una gravidanza in tempi successivi alla diagnosi, sottolinei il ruolo di paziente come persona che soffre ed è in un rapporto di pendenza con sistema di cura di cui si patisce il controllo; controllo dei sintomi con l'allarme e l'attesa che questo comporta, ma anche controllo come dipendenza di chi non sa da colui che sa, il professore.

R.C. 3

Al R.C. 1 sul primo fattore si contrappone, in rapporto con il polo positivo, il R.C. 3 (4,6% delle Unità di Testo) con la variabile illustrativa *conoscenza della diagnosi da 3-10 anni*.

Chiudere deriva dal latino *clūdere*, congiungere insieme, fermare. È sbarrare un'apertura, ma anche terminare, porre fine. **Cerchio**, dal latino *circus*, è la figura geometrica contenuta da una sola linea, che ha tutti i suoi punti equidistanti da un centro. Chiudere il cerchio è metafora di conclusione, dove tutte le componenti su cui ci si interrogava trovano una coerenza, una spiegazione conclusiva. **Sensazione**, dal basso latino *sensatiōnem*; ogni stato di coscienza avvertito come prodotto da uno stimolo esterno o interno al soggetto. In questi primi incontri tra parole sembra essere descritto il rapporto tra mondo esterno e mondo interno, entro un movimento conclusivo, senza aperture, via d'uscita. Segue **pena**, punizione, castigo inflitto a chi ha commesso una colpa, ha causato un danno; ma anche patimento, afflizione, dolore, preoccupazione, ansia; e, ancora, fatica, stento, difficoltà. Per alcuni anche etimologicamente rimanderebbe alla purificazione, al togliere la macchia, la colpa. Poi **valere**, da *valere*, l'esser forte, sano, robusto. Poi **vincere**, dalla radice dell'antico tedesco *vik*, raccogliere i frutti del combattimento. L'andamento del cluster sembra suggerire una dimensione di riscatto dalla patologia, dall'essere malati. In questo Repertorio Culturale sembra esserci un desiderio di concludere, di chiarire, di risolvere, e infine di vincere, raccogliere i frutti del combattimento, in rapporto a un sentimento di pena; forse grazie alla maternità.

R.C. 2

Sul secondo fattore, al R.C. 3 sicontrappone, in rapporto con il polo positivo, il R.C. 2 (18,2% delle Unità di Testo), con la variabile illustrativa *assenza di un partner fisso*.

La prima parola densa è **letto**, da *lèctūs*, giaciglio dove ci si riposa o si dorme, ma anche letto di morte; la seconda **mangiare**. Mangiare, dormire, sono fondamentali atti di sopravvivenza; segue **dolore**, la sensazione soggettiva di sofferenza. In questo incontro di parole sembra essere descritto un ritmo di sopravvivenza incrinato, interrotto dalla sofferenza. Segue **leggere**; con la lettura entra in scena la parola; la parola pensata, scambiata, scritta; è evocata una vita che va oltre la sopravvivenza, e che riprende dopo l'interruzione del dolore. Segue **camminare**, dalla radice sanscrita *ga*, andare, muoversi. Con la parola riprende la vita e il movimento; con valori di χ^2 più bassi delle parole più centrali nel cluster da noi analizzate, troveremmo anche la parola passeggiare. Segue **chilo**, chilogrammo, che rimanda a quanto si pesa: il corpo, in qualche modo centrale fin dalle prime parole del cluster con i fisiologici mangiare e dormire, riprende spazio rispetto alla parola; l'attenzione torna a esso, al suo peso, spesso valutato come indicatore dello stato di salute. Pesarsi, per controllare cosa avviene al proprio corpo. Segue **occhio**, organo prezioso della vista. Ricordiamo che i sintomi oculari sono spesso il campanello d'allarme per l'insorgenza della patologia, un primo segno cui sovente segue l'iter diagnostico. Anche la deambulazione è spesso ostacolata dalla malattia; con un χ^2 più basso delle parole che stiamo analizzando, troveremmo anche gamba, muscolo. In sintesi nel cluster 2 si trovano parole che descrivono come con la patologia si sopravviva più che vivere, centrati sulle fondamentali funzioni delle sopravvivenza, appunto; e come si tenda a implodere entro l'attenzione per il corpo e per i segnali, i sintomi dell'andamento della malattia. Ma anche come continui a riemergere la vita, la vitalità del camminare, del muoversi, dello scambiare parole, dell'esplorare. La variabile illustrativa *assenza di un partner fisso* può far ipotizzare che l'assenza di una relazione di coppia possa esporre maggiormente a considerare le difficoltà che la malattia evoca.

R.C. 4

In rapporto al polo positivo del terzo fattore troviamo il Cluster 4 (62,0% delle Unità di Testo), con le variabili illustrative *conoscenza della diagnosi da oltre 10 anni* e *l'essere incinta*.

In questo cluster la prima parola densa, **partner**, incontra **madre** che, dalla radice *mâ*, indica ciò da cui una cosa procede, ciò che produce, contiene; c'è la coppia che genera, come pure il confronto tra due coppie: quella tra i due partner, quella tra madre e figlio; si richiama anche la complessità del mutare della relazione tra partner, tra uomo e donna, quando la donna diventa madre e una coppia può contrapporsi all'altra. Poi c'è **vivere**, essere al mondo, contrario di morire. Questo primo incontro di parole dense sembra richiamare l'incontro tra due ruoli sociali rivestiti dalle donne incontrate: essere partner ed essere madre, ruoli che rimandano alla complessità delle posizioni possibili dell'essere al mondo, del vivere, come pure alla complessità della scelta di generare entro una coppia. Poi troviamo la parola **ragazzo**, da *ragàzium*, che sta

per schiavo, servo; poi **figlio**, da *fellare*, colui che succhia. Troviamo anche **bambino** che, dal greco *bambaino*, sta ad indicare colui che balbetta. Anche per figlio si propone una gamma di possibili ruoli: dall'infante all'adolescente, all'adulto. Nel cluster, che richiama in modo più specifico la maternità, si trovano parole che dicono come vengono vissute le relazioni a partire dalla definizione del ruolo: essere partner, essere madre, essere bambino, ragazzo, figlio. Le variabili illustrative *conoscenza della diagnosi da più di dieci anni e essere incinta*, possono far ipotizzare che avere un'esperienza decennale della propria patologia e al tempo stesso essere in gravidanza (momento di remissione quasi completa dei sintomi della patologia) evochi una profonda revisione della propria identità; la malattia sembra sconfitta dalla vita nel momento in cui si prefigura il diventare madre; appare un futuro nel confrontarsi con la crescita di un figlio (bambino – ragazzo – figlio); infine, si evoca una rivoluzione nella coppia, ma anche la centralità di quest'ultima, entro il vissuto del cluster.

Uno sguardo d'insieme alla cultura che attraversa il testo

La maternità e la generatività evocano per queste donne una cultura inscritta nel rapporto tra loro ed il sistema curante, tra loro e le relazioni familiari. Sul primo fattore il R.C. 1 evoca la centralità della condizione di paziente, di chi dipende dal potere del sistema sanitario entro una situazione totalizzante, che sospende le altre possibilità della persona, gli altri ruoli che potrebbe avere, se non entro momenti di "libertà" di breve durata, concessi dal medico, che presto riportano alla condizione di paziente. Il secondo fattore è caratterizzato dalla malattia (R.C. 2), dal disagio di convivere quotidianamente con una patologia cronica, ad andamento imprevedibile, che fa sopravvivere più che vivere; si tende a implodere entro l'attenzione per il corpo e per i suoi segnali, i sintomi, che dicono dell'andamento della malattia. Ma continua pure a riemergere la vita, la vitalità del camminare, del muoversi, dello scambiare parole, dell'esplorare. Sull'altro polo del primo fattore, in contrapposizione alla riduzione di sé al ruolo di paziente che dipende dal controllo del sistema di cura (R.C. 1), il R.C. 3 propone una riconquista di altri ruoli e possibilità; è una riconquista della validità, dell'essere validi, in grado di fare, riscattati da una pena e anche attraverso la pena, che combattuta permette di vincere. Anche il R.C. 4 evoca una profonda revisione della propria identità, sul terzo fattore, più chiaramente riferita al diventare madre; con la maternità la malattia è sconfitta dalla vita, e appare il futuro con il tempo della crescita di figlio; inoltre, in questo cluster appare la coppia. In sintesi, il vissuto espresso da questo piano fattoriale esprime la modalità con cui, di fronte alla mortificazione di essere costretti nel solo ruolo di paziente, dal sistema sanitario, o nella condizione di malato, dalla malattia. Aspetti che vengono distinti dai cluster 1 e 2: si cerca di riconquistare altri ruoli sociali e altre possibilità. Tra questi il diventare madre sembra avere una particolare, forte valenza, ma non è l'unico, c'è anche e forse soprattutto il desiderio di combattere e vivere, come risorsa in sé. Il vissuto di queste donne, soprattutto da quanto si coglie sul secondo fattore, ci dice che non c'è solo la malattia da combattere (R.C. 2), ma anche e soprattutto la riduzione alla condizione di paziente, che sospende, in un modo che chi lo subisce non può controllare, le altre possibilità della persona, ne impoverisce l'identità.

Fase 2: L'intervento di gruppo

La Fase 1 della ricerca-intervento è stata seguita dall'organizzazione di un intervento di gruppo con l'obiettivo di condividere con le partecipanti quanto era emerso; si intendeva approfondire l'esplorazione degli aspetti emotivi ed affettivi legati alla malattia e alla generatività, e condividere i vissuti della maternità e della malattia. Lo scambio delle esperienze, la condivisione delle difficoltà, l'accoglimento degli aspetti problematici specifici legati alla malattia e alla gestione della quotidianità, il recupero di una dimensione soggettiva di ognuno, hanno caratterizzato il gruppo anche per finalità di sostegno e supporto; pertanto pur non avendo questa tipologia di gruppo uno specifico obiettivo psicoterapeutico, in esso si iscrivono possibili valenze terapeutiche legate, in senso più ampio, alla dimensione gruppale. Il gruppo, infatti, può divenire luogo di trasformazione ed elaborazione dei propri vissuti emotivi grazie alla condivisione e al rispecchiamento con l'altro (Foulkes, 1964; Pines, 1983), costituendo un luogo che organizza il pensiero a partire dalle esperienze emotive (Bion, 1961/1971).

Inoltre si rintracciano tra i fattori terapeutici che si sviluppano nel dispositivo gruppale (Bloch & Crouch, 1985; Yalom, 1970), alcuni processi che possono rivelarsi molto importanti per persone con Sclerosi Multipla (Tesar, Baumhackl, Kopp, & Günther, 2003), quali l'universalizzazione, possibilità di condividere la sofferenza con conseguente riduzione delle ansie di unicità ed isolamento a favore di una migliore comunicazione interpersonale; l'altruismo, come possibilità di scoprire quanto si possa essere d'aiuto

all'altro. Nel lavoro coi gruppi in ambito medico (Yalom, 1970) risultano importanti anche l'apprendimento interpersonale e la coesione (come forza attrattiva del gruppo verso i suoi componenti). In particolare, se il gruppo si caratterizza come "omogeneo" (Corbella, Girelli, & Marinelli, 2004) per patologia e per compiti di sviluppo (come il rapporto con la maternità), ciò facilita lo svolgimento di un processo di cura a partire dalla comunanza di problematiche simili che evidenziano il ruolo e l'importanza del supporto tra pari. Queste funzioni risultano particolarmente utili nell'intervento con persone con patologie croniche (Margherita, Martino, Recano, & Camera, 2014).

Il setting dell'intervento

Gli incontri di gruppo sono stati realizzati con quattro partecipanti, tre donne intervistate nella Fase 1 e una infermiera con funzione di accoglienza e mediazione nel Centro SM. La proposta di partecipare all'intervento è stata rivolta a tutte le 20 donne che hanno partecipato alla Fase 1 della ricerca-intervento. Il 40% ha dichiarato di voler partecipare agli incontri; ha partecipato effettivamente il 15%. Tale esiguità numerica fa certamente riflettere, ed esprime la difficoltà che le stesse partecipanti ci segnalano rispetto al confronto con l'altro portatore dello stesso problema, nonché ad occuparsi delle proprie emozioni in rapporto a tali difficoltà.

L'età media delle partecipanti è di 40 anni (da 37 a 42 anni di età) con tempi differenti di conoscenza della diagnosi (da 1 a 3 anni, oltre i 10 anni, da 3 a 10 anni); tutte hanno un partner fisso, una di loro non ha figli; due su tre hanno figli nati prima della diagnosi, e due su tre hanno dichiarato di progettare una gravidanza. La non adesione di coloro che non sono in coppia con un partner fisso sembra richiamare una fantasia evocata dalla proposta di partecipazione all'intervento. Possiamo ipotizzare che tale proposta si sia legata alla concretezza del progetto di maternità, nell'idea che l'interesse per un intervento dedicato al tema della maternità, realizzato nel rapporto tra pazienti con SM e contesto ospedaliero che offre ad esse cure, possa appartenere a chi concretamente si propone di diventare genitore.

L'orientamento seguito nella conduzione e organizzazione dei gruppi è di tipo psicodinamico. Il setting dell'intervento è stato strutturato in sei incontri di novanta minuti, con cadenza quindicinale svolti presso gli ambulatori del Centro Regionale SM del Policlinico Federico II. Il secondo incontro è stato aperto anche ai partner delle partecipanti. Precisiamo che nel corso della realizzazione della prima fase, si è palesata la richiesta esplicita di partecipazione attiva da parte dei partner delle pazienti partecipanti. È stata sempre più chiara una loro domanda di coinvolgimento attivo alla ricerca-intervento, testimoniando un loro coinvolgimento attivo nel processo di cura delle pazienti: escluderli dalle attività di ricerca-intervento avrebbe significato non riconoscere la loro posizione, soprattutto rispetto al tema della maternità che evoca un rapporto di generatività nel quale il partner è profondamente implicato. Nella somministrazione delle interviste è spesso accaduto che i partner attendessero alla porta le pazienti, e proponessero un rapporto con chi realizzava le attività basato sulla richiesta di maggiori informazioni circa la ricerca. È stata data particolare attenzione a questo fenomeno, considerato come rappresentativo di una relazione che stava portando la propria rappresentazione simbolica sia del rapporto paziente – contesto ospedaliero, sia delle fantasie che evoca il concetto "maternità".

Il lavoro di conduzione è stato svolto da uno degli autori dell'articolo, resocontato per il Dottorato.

Uno sguardo al processo

Proponiamo ora una sintesi di quanto emerso nei sei incontri di gruppo: una lettura dell'esperienza gruppale organizzata in nuclei tematici considerati in ordine cronologico. Si riportano dimensioni interpretative costruite nel lavoro clinico. Al fine di tracciare anche una storia di questo gruppo è stato affidato a posteriori un titolo evocativo a ciascun incontro, che possa restituire un'idea delle aree tematiche più rilevanti con cui il gruppo si è confrontato.

Nel primo incontro, "Uno tsunami di emozioni: il gruppo si presenta", il gruppo è stato sollecitato alla costruzione di una narrazione circolare³ (Margherita, 2009). Tale tecnica narrativa è basata sul principio del

³ La narrazione circolare "permette di organizzare una trama di testo relazionale a partire da un contesto situazionale che esprime finalità, regole e significati[...] aggrega elementi emotivi, affetti, immagini che parlano a più livelli delle relazioni, del contesto; tali elementi emotivi, difficilmente comunicabili, si condensano in una forma rappresentabile che non è la lingua del quotidiano, ma è un linguaggio simile al sogno. Come il sogno in un gruppo, così il racconto di un gruppo, non è un oggetto da interpretare, ma una funzione comune e condivisa che tesse le fila di significati in divenire" (Margherita, 2009, p. 217).

gruppo come autore di un testo inedito, cui ciascuno dei partecipanti offre il proprio contributo narrativo aggiungendo un pezzo di racconto, a partire dal: “C’era una volta...” del conduttore. Quest’ultimo ne definisce la durata indicando il numero di giri di storia da costruire; interviene inoltre nell’intreccio fornendo elementi di legame, spunti di riflessione e un piano metaforico su cui il racconto può sviluppare le sue dinamiche. Il racconto costruito dal gruppo è quello di una coppia, “Jack e Barbie”, che vivono felicemente a Bali, dove gestiscono un ristorante italiano di successo. Un giorno uno tsunami fa “naufragare” i loro sogni e i due tornano in Italia, a Napoli, dove aprono una pescheria e mettono su famiglia. La vita è dura e i due lavorano giorno e notte per pescare e vendere pesce; sono in attesa del loro secondo figlio, ma “con l’amore si vince tutto”, quindi riescono “a risollevarsi dai loro problemi maggiori”. A fine narrazione il gruppo dice che è stato divertente fare una cosa insieme, che sentivano il forte desiderio di fare andare “bene” la storia, che ci rimanevano male se la partecipante successiva raccontava cose spiacevoli. Però affermano anche che non era possibile che andasse sempre tutto bene, e che hanno evocato lo tsunami perché stava diventando pesante continuare con “tutto bene”.

Nel secondo incontro, “Convivere con il dolore: la solitudine e la delega”, il gruppo sembra esprimere una domanda di appoggio, chiedendo al Centro una presenza continua e la disponibilità ad essere ascoltate nei loro racconti particolareggiati delle azioni implicate nella terapia. Si delinea una rappresentazione del Centro e del suo personale come forte del potere della conoscenza scientifica, quella che decide, per esempio, se godere le festività di Natale, le vacanze in estate, l’intraprendere una gravidanza senza gli adempimenti farmaco terapeutici. La paura è un’emozione nominata più volte, soprattutto dal partner, che esprime in parole anche l’impotenza con cui si confronta. Sembra che questo sia un problema di cui il gruppo voglia occuparsi, chiedendo un contenitore per poterlo fare. Il gruppo comincia a confrontarsi con i limiti che la malattia comporta. La solitudine viene vissuta nella sofferenza legata alla patologia e interrogandosi sulla possibilità di condividere, o di delegare a qualcuno (servizi e famiglia).

Nel terzo incontro, “La minaccia dell’altro”, il gruppo delinea una rappresentazione dell’altro come minaccioso, che finge compassione, intrusivo; l’altro rispecchia un sé diverso, con accezione negativa e discriminatoria del rapporto. In questa dinamica si inserisce la difficoltà esperita dalle pazienti nelle situazioni di confronto, vissute come insostenibili. Le pazienti che hanno partecipato alla somministrazione delle interviste ribadiscono anche nel gruppo il proprio rifiuto di confrontarsi con gli altri, per esempio in situazioni come quella della sala d’attesa dell’ospedale, ritenuta insopportabile.

Nel quarto incontro, “L’incontro con l’altro: amicalità agita”, le partecipanti raccontano di essersi già incrociate, molto tempo prima, nei corridoi del Centro. Esplicitano il piacere di avere rapporti in questo contesto, raccontano di rapporti di amicizia con altre pazienti del Centro che incontravano in occasione delle visite mediche periodiche, pazienti con cui si era instaurato un rapporto piacevole, basato sulla condivisione di momenti pesanti da affrontare, come quelli delle brutte notizie legate alla patologia, ai continui esami a cui sottoporsi. Tali momenti davano la possibilità di uscire dal reparto, di prendere un caffè insieme, di stemperare tensioni ed ansie. Associando le esperienze raccontate, riguardanti il là ed allora, con l’esperienza del qui ed ora degli incontri di gruppo, si ipotizza che l’amicizia sia un modo per rappresentarsi l’altro come non minaccioso, se entro un rapporto dove non si parla delle emozioni scomode, basato sul non pensiero, dove si bypassa la fatica di costruire il rapporto con l’altro tenendo conto della propria ed altrui vita emozionale.

Nel quinto incontro, “Valorizzazione delle differenze e fatica del desiderare: le relazioni e la maternità come fattori protettivi”, il gruppo prova ad esprimere i propri desideri. Diventa possibile mettere insieme aspetti di desiderio, piacere e creatività con quelli della sofferenza, della paura e del dolore. Il gruppo sembra voler affermare che anche all’interno di un rapporto di cura, come quello istituito nel Centro SM, ci si riconosce come persone vive: chi ha una patologia non è solo malato, chi ha una patologia vive. Le partecipanti affermano che non è possibile ridurre tutta la propria vita all’espressione di un sintomo patologico, anche se si convive con la paura della disabilità e tante difficoltà. Sentono di aver conquistato la serenità negli anni, nonostante ci sia sempre la stretta cuore della patologia, anche grazie ai figli, agli amici, che danno la possibilità di ricevere sostegno, conforto, leggerezza. Sembra che il gruppo affronti una riorganizzazione del pensiero a partire dall’espressione dei propri desideri entro i limiti di realtà.

Nel sesto incontro, “La domanda delle pazienti con SM che progettano la maternità”, hanno partecipato solo due pazienti. Di fatto erano le due che avevano scelto di intraprendere una gravidanza. Si sono esplicitate le differenze, intese anche come risorse, e limiti che la storia di ognuno offre, consentendo di esplorare il desiderio. Emerge l’angoscia dell’infertilità, che diventerebbe motivo di confronto con un’ulteriore patologia e con la fatica di sentirsi doppiamente malate. Si ipotizza che rimandare a Dio, al caso, al potere della conoscenza scientifica sia il modo per bypassare la fatica di stare sui propri limiti ed occuparsi anche dei progetti, delle emozioni, dei desideri.

Considerazioni sul gruppo: “La sala di attesa”

L'intervento ha permesso di definire con maggiore chiarezza dimensioni culturali già emerse nella Fase 1, di ricerca, rendendole condivisibili con le partecipanti. Non solo per le questioni trattate negli incontri, ma anche per la possibilità di cogliere dimensioni emozionali agite nelle modalità di utilizzo del setting stesso, a partire dai momenti istituenti l'intervento di gruppo. Alcune considerazioni su questo ci sembrano utili per proporre linee di sviluppo nell'intervento con il Centro.

La partecipazione ai gruppi delle donne intervistate, come già evidenziato, è stata del 15% rispetto ad un 40% che si era detto interessato. Il primo incontro del gruppo, fissato per il 20 novembre, viene posticipato al 4 dicembre, data prevista per il secondo incontro, per la quasi totale assenza delle partecipanti. Sette su otto, infatti, hanno preventivamente comunicato la loro impossibilità a partecipare al gruppo per motivi personali, di salute e familiari. A questa prima riorganizzazione si aggiungono assenze, ritardi e frequenti riorganizzazioni del setting nei termini di spazio e tempo dedicato agli incontri.

Questi eventi attivati dalla proposta degli incontri di gruppo ipotizziamo siano espressione della cultura ospedaliera del Centro SM che, configurandosi come individualista, rende anticonformista una proposta grupppale. Essa tratta la soggettività delle pazienti come una dimensione scomoda e da evacuare; e rappresenta la maternità e la malattia attraverso dimensioni idealizzanti o svalutanti.

Come emerso dall'analisi dei dati raccolti nella Fase 1, la malattia evoca dipendenza, mentre la maternità sembra rappresentare l'autorealizzazione, la “chiusura del cerchio”, un traguardo che salva dalle dimensioni mortifere della malattia. Queste due posizioni, una idealizzante e l'altra svalutante rispetto alla donna malata di Sclerosi Multipla, propongono una scissione nella rappresentazione della donna, malata o madre, su due poli opposti e tra loro inconciliabili. Da una parte la donna malata, che dipende, dall'altra la madre, da cui dipendere (R.C. 1 e R.C. 4). La stessa contrapposizione è stata proposta anche durante gli incontri, in una continua oscillazione tra fantasie catastrofiche, di totale fallimento (l'infertilità, lo tsunami) e di onnipotenza (la sacrificialità, l'amore capace di vincere su tutto). Come alternativa alle dimensioni valoriali, idealizzanti o svalutanti il ruolo della donna – nel contesto familiare e ospedaliero – esistono i limiti con cui le donne si confrontano quotidianamente, tra cui la SM cronica e invalidante.

Il rifiuto di confrontarsi con il limite rappresentato dalla patologia, lo metteremmo in rapporto nell'intervento con la fuga dal gruppo attraverso assenze, ritardi e mancata partecipazione all'intervento (solo 3 donne su 8 parteciperanno). Nel rapporto quotidiano con il Centro SM, forse è agito nel mancato confronto con le altre pazienti, attraverso la “fuga” dalla sala di attesa. Durante gli incontri le donne dicono di utilizzare mal volentieri la sala d'attesa del Centro, perché stare con le altre pazienti è insopportabile; molte preferiscono aspettare il loro turno in auto. Una di loro dice: “Aspettare in sala d'attesa è un suicidio, non ci sto mai, resto in macchina oppure mi prendo un caffè all'esterno; no, non è proprio possibile stare con tutti gli altri malati”. L'altro si trasforma in nemico quando propone il limite di cui è portatore in quanto malato. Il confronto con il gruppo dei malati, per le donne che stanno pensando alla maternità, può assumere il significato, nella sala di attesa così come nell'intervento di gruppo, di fallimento degli aspetti idealizzati della rappresentazione della maternità. Questo fallimento e il recupero del limite si configurano come dimensioni capaci di tenere insieme malattia e maternità entro limiti di realtà (R.C. 2) e diventano, negli incontri, risorsa che rende possibile l'esplorazione del proprio desiderio di essere madre.

Conclusioni

Nell'esplorazione delle simbolizzazioni affettive della maternità condivise dalle donne con diagnosi di SM entro il rapporto con i servizi di cura ospedalieri, è emersa, nelle differenti fasi dell'intervento, la difficoltà di stare in rapporto alle emozioni evocate dai limiti che la malattia (caratterizzata da cronicità ed estrema variabilità) propone alle donne, al personale sanitario e alla scienza medica più in generale. Pensando a quanto emerge nella prima fase della ricerca-intervento, si vede come per le donne, entro il contesto ospedaliero, siano possibili solo due posizioni emozionali: la dipendenza o l'autonomia come reattività alla dipendenza. La prima è l'impossibilità per la donna di esistere fuori da un rapporto di totale affidamento all'altro, il Centro, mentre l'altra sembra essere la totale negazione del bisogno di rapporti da parte delle pazienti. La maternità, in questa cultura, rappresenta l'autonomia come posizione idealizzata, come il potere di costruire una famiglia ideale, come unico rapporto da cui si può pensare di poter dipendere. Mentre la possibilità di riconoscere il limite della malattia (R.C. 2) rappresenta la risorsa che permette di condividere obiettivi tra il Centro SM e le donne (con desiderio di maternità) e di non confrontare entrambi solo con il fallimento dell'attesa di guarigione.

Nella seconda fase della ricerca-intervento, con l'intervento di gruppo, è emerso quanto entro la cultura ospedaliera sia problematico farsi carico delle emozioni portate dalle partecipanti in rapporto al loro desiderio di maternità e alla relazione con il contesto ospedaliero. Questa difficoltà è stata agita attraverso le continue richieste di riorganizzare il setting, nei termini di spazio e tempo, per rendere possibili gli incontri.

In questo senso la partecipazione agli incontri di gruppi da parte dell'infermiera, che si è fatta portavoce di un vissuto problematico di incontenibilità delle emozioni del paziente, è stata preziosa. Notiamo che, nella relazione di cura, tra Centro e pazienti viene agitata piena disponibilità del personale sanitario ad essere contattato dalle pazienti anche oltre l'orario previsto dal turno di lavoro. Alcuni medici e infermieri dello staff ci dicono che si rendono sempre reperibili, per qualsiasi evenienza, anche "fuori dal Centro". È stato possibile ipotizzare che, entro la cultura ospedaliera incontrata, il ruolo di paziente assume un significato di completa dipendenza. Il paziente viene simbolizzato come portatore di infiniti bisogni che, come tali, non possono essere soddisfatti, ma solo tamponati o evacuati. Con essi avviene anche l'evacuazione delle emozioni e della soggettività delle pazienti, che rende problematica la possibilità di un rapporto fondato sul reciproco riconoscimento tra donne e Centro.

La ricerca-intervento ha avuto come finalità sin dalla fase istitutiva il perseguimento di questa possibilità. Il Centro SM, infatti, si adopera, nella collaborazione con l'Unità di Psicologia del medesimo ospedale universitario, per costruire una proposta per le proprie pazienti che vada oltre la "cura" e che integri le prassi di cura medica con un trattamento più efficace nel perseguire il benessere complessivo del paziente.

A conclusione dell'intervento, il personale sanitario ha espresso l'interesse di poter continuare una collaborazione con il Dottorato per riorganizzare il servizio, in particolare in rapporto alle questioni poste dai progetti di maternità delle pazienti. Ricordiamo per altro che la proposta di realizzare una ricerca-intervento promossa dal Dottorato era stata accolta dal Centro e dall'Unità di Psicologia già in questa ottica. Sin dall'avvio della ricerca-intervento ci si è così confrontati con l'incontro tra differenti culture organizzative. Da una parte c'è l'interesse a far emergere la domanda delle pazienti, dall'altra la lettura dei problemi come riferibili anche al rapporto tra pazienti e Centro è difficile da accogliere entro il modello sanitario individualista. Modello che, del resto, permette al Centro di occuparsi efficacemente dei trattamenti sanitari individuali, mantenendo una scissione tra vissuti delle donne e contesto sanitario, ed evacuando le dimensioni emozionali, vissute come scomode dalla cultura sanitaria, da tenere "fuori" dal Centro. La ricerca si è connotata per altro come distante dalle "tradizioni" del servizio che, entro il mandato dell'ospedale universitario al quale appartiene, si fa promotore di ricerche, ma di tipo quantitativo ed entro il modello medico evidence-based.

Tuttavia il Centro SM propone una domanda, per cui pensiamo che una funzione psicologica sia spendibile in questo contesto proprio a partire dai problemi, con cui ci siamo confrontati nella ricerca-intervento, nel rapporto tra donne e personale sanitario. Se da una parte il personale sanitario vive il fallimento di un'azione medica che, orientata alla guarigione, si confronta con la cronicità di una malattia neurodegenerativa e si trova a dover ripensare la propria funzione di cura rispetto alla soggettività di un paziente in regime ambulatoriale a volte di lunga durata, dall'altra resta problematica l'integrazione di una proposta di tipo diverso da quella individualista.

In conclusione, proponiamo di declinare la parola ospedale nel senso di cultura sanitaria, e la parola territorio come soggettività di chi pone una domanda di cura, vedendo entro il rapporto tra queste due poli la funzione integrativa della psicologia. Vediamo in questo contesto la spendibilità di una funzione psicologica orientata a promuovere setting in cui si renda possibile pensare i vissuti, altrimenti solo agiti entro i rapporti di cura.

Bibliografia

- Balint, M. (1957). *The Doctor, his Patient and the Illness*. London, UK: Churchill Livingstone.
- Battaglia, M.A., & Orsi, E. (2004). *Sclerosi Multipla: Le nuove frontiere della riabilitazione* [Multiple Sclerosis: The new frontiers of rehabilitation]. Genova: Ed. AISM.
- Battisti, N., & Dolcetti, F. (2012). Emozioni e testo: Costruzione di risorse per il tagging automatico [Emotions and text: Resource's construction for automatic tagging]. Retrieved from: <http://www.iris.uniroma1.it>
- Benito-León, J., Manuel Morales, J., Rivera-Navarro, J., & Mitchell, A.J. (2003). A review about the impact of multiple sclerosis on health-related quality of life. *Disability & Rehabilitation*, 25(23), 1291-1303. doi:10.1080/09638280310001608591

- Bion, W.R. (1971). *Esperienze nei gruppi* [Experiences in groups]. Roma: Armando (Original work published 1961).
- Birk, K.A., & Kalb, R. (1992). MS and planning a family: Fertility, pregnancy, childbirth, and parenting roles. In R. Kalb (Ed.). *Multiple Sclerosis and the Family* (pp. 51-62). New York: Demos.
- Bloch, S., & Crouch, E. (1985). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. New York, USA: Oxford University Press.
- Borisow, N., Paul, F., Dörr, J., Borisow, N., Paul, F., & Dörr, J. (2014). Optimal management of multiple sclerosis during pregnancy: Current perspectives. *Degenerative Neurological & Neuromuscular Disease*, 4, 111-121. doi: 10.2147/DNND.S48618
- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico* [The normal and the pathological] (M. Porro, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1966).
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi* [Text Emotional Analysis: A tool for reading texts and discourse]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R. (2013). Psicologia clinica e Ospedale: Introduzione al tema [Clinical psychology and hospital: Introduction to the theme]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 55-62. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>.
- Carlino, M. (2015). *SIM. Scelgo Io la Maternità: Una ricerca-intervento sugli aspetti psicologici della maternità di donne con diagnosi di Sclerosi Multipla in un servizio ospedaliero* [SIM. Maternity Choice. Research-intervention in health care system about psychological aspects of motherhood of women with Multiple Sclerosis]. (Doctoral thesis). Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli. Retrieved in: <http://www.fedoa.unina.it/>
- Confavreux, C., Hutchinson, M., Hours, M.M., Cortinovis-Tourniaire, P., & Moreau, T. (1998). Rate of pregnancy-related relapse in multiple sclerosis. *New England Journal of Medicine*, 339(5), 285-291. doi: 10.1056/NEJM199807303390501
- Cook, S.D., Troiano, R., Bansil, S., & Dowling, P.C. (1993). Multiple sclerosis and pregnancy. *Advances in neurology*, 64, 83-95.
- Corbella, S., Girelli, R., & Marinelli, S. (2004). *Gruppi omogenei* [Homogeneous groups]. Milano: Borla.
- Damek, D.M., & Shuster, E.A. (1997). Pregnancy and multiple sclerosis. *Mayo Clinic Proceedings Elsevier*, (72)10, 977-989. doi: 10.4065/72.10.977
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical psychology review*, 29(2), 141-153. doi:10.1016/j.cpr.2008.12.001
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice: Dal processo psicoanalitico all'analisi istituzionale* [Symbol and Codex: From psychoanalytic process to institutional analysis]. Milano: Feltrinelli.
- Foulkes, S.H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London UK: George Allen & Unwin.
- Fragoso, Y.D., Finkelsztejn, A., Comini-Frota, E.R., Gama, P.D.D., Grzesiuk, A.K., Khouri, J.M.N., ... Rocha, C.F.D. (2009). Pregnancy and multiple sclerosis: The initial results from a Brazilian database. *Archive of neuropsychiatry*, 67(3A), 657-660. doi: 10.1590/S0004-282X2009000400015
- Gilchrist, A.C., & Creed, F.H. (1994). Depression, cognitive impairment and social stress in Multiple Sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 193-201. doi:10.1016/0022-3999(94)90115-5
- Grue, L., & Laerum, K.T. (2002). "Doing Motherhood": Some experiences of mothers with physical disabilities. *Disability & Society*, 17(6), 671-683. doi: 10.1080/0968759022000010443
- Hakim, E.A., Bakheit, A.M.O., Bryant, T.N., Roberts, M.W.H., McIntosh-Michaelis, S.A., Spackman, A.J., ... McLellan, D.L. (2000). The social impact of multiple sclerosis. A study of 305 patients and their relatives. *Disability and Rehabilitation*, 22(6), 288-293. doi:10.1080/096382800296755

- Janssens, A.C.J.W., Doorn, P.A., Boer, J.B., Meche, F.G.A., Passchier, J., & Hintzen, R.Q. (2003). Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. *Acta Neurologica Scandinavica*, 108(6), 389-395. doi: 10.1034/j.1600-0404.2003.00166.x
- Kurtzke, J.F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33(11), 1444-1452. doi: 10.1212/WNL.33.11.1444
- Lancia, F. (2004). *Strumenti per l'analisi dei testi: Introduzione all'uso di T-LAB [Tools for text analysis: Introduction to T-LAB]*. Milano: FrancoAngeli.
- Lo Cascio, G., Cozzolino, R., Giordano, A., Silvestri, N., Maiorino, C., & Vito, A. (2014). Dal corpo alla psiche: Indagine sulla percezione della qualità dell'ospedalizzazione [From the body to the psyche: An observational study about hospitalization]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 112 - 123. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>.
- Margherita, G.V. (2009). *Narrazione e rappresentazione nella psicodinamica di gruppo: Teorie e tecniche [Narration and representation in psychodynamic group: theories and techniques]*. Milano: FrancoAngeli.
- Margherita, G., Martino, M.L., Recano, F., & Camera, F. (2014). Invented fairy tales in groups with onco-haematological children. *Child: Care, health and development*, 40(3), 426-434. doi:10.1111/cch.12076
- Mohr, D., Dick, P.P., Russo, D., Pinn, J., Boudewyn, A.C., & Likosky, W. (1999). The psychosocial impact of multiple sclerosis: Exploring the patient's perspective. *Health Psychology*, 18, 376-382. doi:10.1037/0278-6133.18.4.376
- Moja, E.A., Vegni, E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente [The medical examination patient centred]*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mueller, B.A., Zhang, J., & Critchlow, C.W. (2002). Birth outcomes and need for hospitalization after delivery among women with multiple sclerosis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(3), 446-452. doi:10.1067/mob.2002.120502
- Oksenberg, J.R., Baranzini, S.E., Barcellos, L.F., & Hauser, S.L. (2001). Multiple sclerosis: genomic rewards. *Journal of neurommunology*, 113(2), 171-184. doi:10.1016/S0165-5728(00)00444-6
- Oksenberg, J.R., & Barcellos, L.F. (2000). The complex genetic aetiology of multiple sclerosis. *Journal of neurovirology*, 6(2), 10-14.
- Pines, M. (Ed.). (1983). *The evolution of Group Analysis*. London, UK: Routledge & Kegan Paul.
- Poser, S., & Poser, W. (1983). Multiple sclerosis and gestation. *Neurology*, 33(11), 1422-1422. doi:10.1212/WNL.33.11.1422
- Pugnetti, L., Mendozzi, L., Motta, A., Cattaneo, A., Biserni, P., Caputo, D., ... Valsecchi, F. (1993). MRI and cognitive patterns in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Journal of the neurological sciences*, 115, 59-65. doi:10.1016/0022-510X(93)90211-G
- Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., Freeman, T.R. (Eds.). (1995). *Patient centered medicine: Transforming the clinical method*. London: Sage publications.
- Tesar, N., Baumhackl, U., Kopp, M., & Günther, V. (2003). Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(6), 394-399. doi: 10.1034/j.1600-0404.2003.00077.x
- Thomas, C. (1999). *Female forms: Experiencing and understanding disability*. New York: McGraw-Hill International.
- Vukusic, S., Hutchinson, M., Hours, M., Moreau, T., Cortinovic-Tourniaire, P., Adeleine, P., & Confavreux, C. (2004). Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMIS study): clinical predictors of post-partum relapse. *Brain*, 127(6), 1353-1360. doi: 10.1093/brain/awh152

- Wates, M. (1997). *Disabled parents: Dispelling the myths*. Cambridge: National Childbirth Trust Publishing.
- Weston, W.W., Brown, J.B. (1995). Overview of the patient centred clinical method. In Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., Mc Whinney, I.R., Mc William, C.L., & Freeman, T.R. (Eds). *Patient Centred Medicine, Trasforming the Clinical method*. London, UK: Sage publications.
- Yalom, I.D. (1970). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, USA: Basic Books.
- Zorzon, M., Zivadinov, R., Monti Bragadin, L., Moretti, R., De Masi, R., Nasuelli, D., & Cazzato, G. (2001). Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a 2-year follow-up study. *Journal of the neurological sciences*, 187(1), 1-5. doi: 10.1016/S0022-510X(01)00493-2

Where Italian citizens bring their help request for existential and psychophysical distress: A survey on 1,000 people

Brunella Gasperini^{*}, *Massimo Galimi*^{**}, *Alessia Renzi*^{***}, *Luigi Solano*^{****}

Abstract

The paper reports a study investigating the prevalence of psychophysical distress as well as the use of mental health services in Italy in order to explore how Italian people face psychological problems. The population's opinion about a possible psychological service as part of primary care was explored. *Materials and Method:* A specific interview was constructed and was administered by telephone to a total of 1,000 subjects, representative of the Italian population, aged 18 and over. *Results:* An average of 60% of the total sample reports experiencing life hardships in the last years (concerning family, work and health); an average of 67% of respondents reports some psychological and/or psychophysical symptom (headache, depression, anxiety, insomnia, etc.). About the 65% of the sample believes that these problems influence their life. Nevertheless only 41% of the sample who report these kind of problems did consult some kind of health professional. People who had consulted some specialist had chosen: family physician (25.9%), medical specialist (30.4%), psychologist (19.3%), neurologist (11.9%), psychiatrist (4.8%). 62% of the total sample expresses a positive opinion about the presence of a psychologist in the family physician's office. *Conclusion:* The study suggests that in Italy the use of mental health services in the presence of significant distress is very limited. A trend to treat mental health problems in a biological and physical way is apparent. The presence of a psychologist in primary care received wide approval as a possibility of easier access.

Keywords: survey; mental distress; mental health services; prevalence; Italian population.

* Psychologist, collaborator of "Repubblica-Salute" and local newspapers of the group "l'Espresso".

** Sociologist, Director of "Sinopia Ricerche".

*** Psychologist, PhD Student at the Department of Dynamic and Clinical Psychology, University of Rome "Sapienza". E-mail: alessia.renzi@uniroma1.it

**** Psychoanalyst, Full Professor of Clinical Psychology at the Department of Dynamic and Clinical Psychology, University of Rome "Sapienza".

Gasperini, B., Galimi, M., Renzi, A., & Solano, L. (2015). Come e dove si rivolgono gli italiani per il disagio esistenziale e psicofisico: Un sondaggio su 1,000 soggetti [Where Italian citizens bring their help request for existential and psychophysical distress: A survey on 1,000 people]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 61-76. doi: 10.14645/RPC.2015.2.461

Come e dove si rivolgono gli italiani per il disagio esistenziale e psicofisico: Un sondaggio su 1,000 soggetti

*Brunella Gasperini**, *Massimo Galimi***, *Alessia Renzi****, *Luigi Solano*****

Abstract

È stato realizzato un sondaggio sulla diffusione del disagio psicofisico in Italia e sull'utilizzo dei servizi ad esso deputati per comprendere come gli italiani affrontino il disagio. È stata indagata, inoltre, l'opinione degli intervistati circa la possibilità di usufruire di un'assistenza psicologica con un livello di accessibilità paragonabile a quella della medicina di base. *Materiali e Metodo:* per valutare gli aspetti oggetto di indagine è stata realizzata una intervista strutturata somministrata telefonicamente ad un campione di 1,000 soggetti rappresentativo della popolazione italiana con età superiore a 18 anni. *Risultati:* il 60% degli intervistati ha affermato di aver attraversato momenti di vita difficili negli ultimi anni (riguardanti famiglia, lavoro e salute) e il 67% del campione ha riportato diverse problematiche psicologiche o "psicosomatiche" (mal di testa, depressione, ansia insonnia). Circa il 65% del campione dichiara che tali problematiche hanno influenzato la propria vita. Tuttavia, solo il 41% di chi ha riportato problematiche di diversa natura ha consultato un professionista. Tra chi ha consultato qualcuno il 25.9% ha consultato il medico di medicina generale, il 30.4% medici specialisti, il 19.3% psicologi, l'11.9% neurologi, il 4.8% psichiatri. Il 62% del campione totale ha espresso parere favorevole circa la presenza di uno psicologo nello studio del medico di famiglia. *Conclusioni:* Emerge, in Italia, un sottoutilizzo dei servizi di salute mentale in situazione di difficoltà. Si evidenzia altresì la tendenza ad interpretare e trattare il disagio mentale in termini biologici-organici. La presenza di uno psicologo nell'assistenza primaria, con un accesso facilitato, riceve ampia approvazione.

Parole chiave: sondaggio; disagio mentale; servizi di salute mentale; prevalenza; popolazione italiana.

* Psicologa, collaboratrice di "Repubblica-Salute" e di quotidiani locali del gruppo "l'Espresso".

** Sociologo, Direttore di "Sinopia Ricerche".

*** Psicologa, PhD Student presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "Sapienza".
E-mail: alessia.renzi@uniroma1.it

**** Psicoanalista, Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma "Sapienza".

Gasperini, B., Galimi, M., Renzi, A., & Solano, L. (2015). Come e dove si rivolgono gli italiani per il disagio esistenziale e psicofisico: Un sondaggio su 1,000 soggetti [Where Italian citizens bring their help request for existential and psychophysical distress: A survey on 1,000 people]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 61-76.
doi: 10.14645/RPC.2015.2.461

Introduzione

I disturbi mentali rappresentano una considerevole fonte di disabilità nei paesi industrializzati (Alonso et al., 2002; 2004). In Europa il solo disturbo depressivo maggiore rende conto del 6% del carico di sofferenza e disabilità legato alle malattie (Lega & Gigantesco, 2008; Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2000). I costi dei servizi deputati alla salute mentale sono alti e la copertura da essi offerta è insufficiente a soddisfare i bisogni dell'utenza (Rice & Miller, 1995). Infatti, una delle più pressanti questioni politico-sanitarie dei paesi industrializzati, riguarda come garantire l'accesso a servizi di assistenza sanitaria a persone con disturbi emotivi (US Department of Health and Human Services Agency for Health Care Policy and Research, 1993; World Health Organization, 2000).

Il primo studio in Italia sulla diffusione dei disturbi mentali e sull'utilizzo dei servizi ad essi deputati, che ha coinvolto un campione molto ampio della popolazione (4712 persone con età superiore ai 18 anni), è l'European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). Tale studio, che ha coinvolto altri 5 paesi europei ed è stato condotto nel periodo compreso tra il 2001 e il 2003, rientra nel più ampio progetto European Policy Information Research for Mental Disorders (EPREMED) il cui referente italiano è stato l'Istituto Superiore di Sanità.

I risultati hanno evidenziato che il 7.3% degli intervistati aveva sofferto nell'ultimo anno di almeno un disturbo mentale, il 18.6% nell'arco della vita. Solo il 17% di chi ha riportato un disturbo psichico nell'ultimo anno ha affermato di essersi rivolto ad un servizio sanitario, tra essi: il 38% ha consultato solo il Medico di Medicina Generale, il 28% MMG e specialista della salute mentale, il 21% solo uno psichiatra e il 6% solo uno psicologo. Lo studio ESEMED ha permesso inoltre di osservare che i giovani tra i 18 e i 24 anni hanno il minor contatto con servizi sanitari per la salute mentale. Questo aspetto può essere collegato anche con quanto concerne il "ritardo nel trattamento" in Italia: è pari a 28 anni la mediana del ritardo nel trattamento in presenza di disturbi d'ansia e di 2 anni per la depressione maggiore, infatti, solo il 17% di chi soffre di un qualsiasi disturbo d'ansia ed il 29% di chi soffre di depressione maggiore riceve un trattamento nello stesso anno di insorgenza del disturbo di cui soffre (Lega & Gigantesco, 2008).

Lo studio ha mostrato che i tassi più bassi di consultazione di specialisti della salute mentale si registrano nei paesi con una minore disponibilità di servizi, motivo per il quale l'Italia si è collocata all'ultimo posto tra i paesi europei indagati.

I dati presentati, e raccolti ormai circa un decennio fa, sottolineano diversi aspetti "critici": il sottoutilizzo dei servizi sanitari destinati alla salute mentale, il riversamento negli studi dei medici di base di un'utenza con necessità diverse, la tendenza ad interpretare il disagio psichico in termini organicistici ricercando, difatti, risposte di tipo biologico ed il forte ritardo con cui in media si ricerca/riceve assistenza per le proprie problematiche.

Obiettivi

Sulla base di queste premesse si è deciso di condurre una indagine avente come scopo quello di indagare il modo in cui, attualmente, gli italiani affrontano e trattano il disagio psichico, termine con il quale indichiamo tutti quegli stati di malessere psicologico che possono ripercuotersi negativamente anche a livello somatico, in una concezione unitaria tra mente e corpo.

Nello specifico si è voluto esplorare:

- l'espressione di disagio psicofisico in un campione di popolazione italiana, tenendo conto che la mancata comunicazione di un disagio non sempre corrisponde alla sua effettiva assenza, ma può testimoniare una difficoltà nel riconoscerlo o nell'ammeterlo;
- in che misura la modalità di vivere ed interpretare il disagio mentale influisca su come gli italiani vi danno risposta e se tutto ciò cambi, in modo significativo, in funzione di variabili quali genere, età, titolo di studio ed area geografica di residenza. Quello che ci si è proposti di capire, dunque, è *se* e a *chi* si rivolge la popolazione italiana nel momento in cui avverte l'esigenza di risolvere un disagio di natura psichica;
- se l'espressione di tali difficoltà trovi risposte soddisfacenti nelle offerte sanitarie pubbliche esistenti nel nostro paese;
- l'opinione degli italiani nei confronti di una possibile assistenza psicologica, con un livello di accessibilità paragonabile a quello della medicina di base, offerta attraverso l'introduzione di uno psicologo nello studio del medico di famiglia.

Metodologia

Campione

Il campione della nostra indagine è composto da 1000 soggetti residenti in Italia con una età superiore a 18 anni. È stato effettuato sulla base dei dati ISTAT 2011 un campionamento casuale stratificato per genere, età, area geografica di residenza (Nord, Centro e Sud), professione e titolo di studio. Tale campione è rappresentativo della popolazione italiana con età superiore ai 18 anni con un margine di errore pari al 2.8%, al livello di fiducia del 95%.

Strumenti di ricerca: costruzione dell'intervista

Per lo svolgimento della nostra ricerca è stata realizzata una intervista strutturata. A tal fine è stata realizzata una prima versione dello strumento ed è stato somministrato, in una indagine pilota, ad un campione di 30 soggetti. Tale somministrazione pilota ha permesso di evidenziare alcune criticità nella comprensione degli item da parte della popolazione intervistata a partire dalle quali sono state effettuate le modifiche che hanno condotto alla versione definitiva del questionario.

Lo strumento così realizzato è risultato composto da 15 item alcuni dei quali a risposta multipla, con scala quantitativa a 4 punti o con scelta da un elenco di possibili opzioni, mentre altri a risposta aperta. Alla fine di queste domande si trova una scheda socio-anagrafica con la quale vengono rilevati genere, età, titolo di studio, professione.

Le diverse domande del questionario vengono riportate nella sezione Analisi dei Dati insieme ai risultati ottenuti.

Somministrazione

Il sondaggio è stato svolto telefonicamente da psicologhe ed intervistatrici professioniste le quali si sono avvalse di una piattaforma elettronica on-line, CAWI (Computer Assisted Web Interview), la quale mostrava sia i diversi numeri telefonici, da chiamare random, precedentemente estratti dalle Pagine Bianche e già suddivisi in Nord, Centro e Sud, che il testo del questionario. Il tasso di non risposta alla telefonata è stato del 15%, mentre il tasso di rifiuti alla partecipazione è stato del 22%. In entrambi i casi il sistema operativo selezionava in automatico un nuovo numero. Si è così proceduto fino a raggiungere un numero di 1,000 intervistati. I dati così raccolti venivano inviati automaticamente ad un database che li organizzava suddividendoli in diverse categorie basate sui dati socio-anagrafici (genere, età, area di residenza ecc.). Le interviste sono state raccolte durante il mese di Settembre 2012.

Sia l'operato delle intervistatrici professioniste che la piattaforma elettronica on-line sono stati offerti dalla Società "Sinopia Ricerche".

Analisi dei dati e Risultati

Per quanto concerne l'analisi dei dati ci focalizzeremo sugli aspetti statisticamente più significativi emersi per ogni domanda del sondaggio rispetto alle diverse variabili prese in esame. Le prime due domande avevano uno scopo introduttivo, pertanto i dati da esse emersi saranno presentati sommariamente, mentre a partire dalla terza domanda si affronteranno aspetti centrali della nostra indagine.

Domanda 1 *“Quante volte – più o meno – nell'ultimo anno ha consultato un medico di qualunque tipo (medico di medicina generale, specialista, omeopata ecc.)?”*

La frequenza media di consultazione di un medico di qualunque tipologia è di 5.63, pari ad una volta ogni 2 mesi: sono le donne ad avere una media di consultazione annua maggiore, pari a 6.3, rispetto al 4.6 degli uomini.

Rispetto alla variabile *età* si evidenzia un incremento nella frequenza di consulto medico al crescere dell'età: si parte da una media di circa 3 volte l'anno nella fascia giovanile della popolazione (18-34 anni) sino ad arrivare ad una media di 11 volte tra coloro che hanno più di 74 anni.

Anche il *titolo di studio* risulta influenzare la richiesta di consultazione medica che appare inversamente proporzionale alla scolarità: si passa da una media di consultazione annua di 7.12 tra coloro che hanno la licenza di scuola elementare e/o media, ad una pari a 4.96 tra chi ha un diploma di scuola superiore e ad una pari a 3.83 tra coloro che possiedono il diploma di laurea o un titolo di studio superiore.

Emergono differenze anche prendendo in esame la variabile *professione*: sono i pensionati (8.62) seguiti dagli appartenenti alla categoria operaio-casalinga (6.97) ad avere le medie di consultazione annua maggiore, mentre le medie minori sono, rispettivamente, quelle degli studenti (2.95) e dei liberi professionisti (3.66).

I dati inerenti il titolo di studio e la professione concordano tra loro e mostrano come chi ha una scolarità maggiore e chi svolge professioni più qualificate ha una frequenza media di consultazione medica annua minore.

Domanda 2: “*Quanto è rimasto/a soddisfatto/a delle risposte che ha ricevuto?*”

Dai dati emerge ampia soddisfazione per le risposte ricevute durante le consultazioni mediche, infatti, l’80% del campione si dichiara “molto/abbastanza” soddisfatto: mostrano maggiore soddisfazione le donne (85.2%) rispetto agli uomini (79.1%).

Per quanto riguarda la *distribuzione geografica*, è la popolazione residente nel Nord Italia che esprime maggiore soddisfazione con l’83.4% degli intervistati che si dichiara “molto/abbastanza” soddisfatto, rispetto al 79% degli intervistati del Centro Italia ed al 75.5% di quelli del Sud Italia.

Rispetto al *titolo di studio* emerge come la scolarizzazione influenzi la soddisfazione percepita dagli utenti di prestazioni mediche: coloro che possiedono un titolo di studio inferiore, ovvero i maggiori utilizzatori di consulti medici, esprimono, rispetto a coloro i quali sono in possesso di un titolo di studio superiore, maggiore soddisfazione. Infatti, a dichiararsi “molto/abbastanza” soddisfatti è: l’85.3% di chi ha un diploma di scuola elementare/media, l’84.4% di chi possiede un diploma di scuola superiore ed il 74.4% di chi è in possesso di un diploma di laurea o titolo superiore.

Domanda 3: “*Se pensa invece ad un periodo un po’ più lungo, gli ultimi anni, le è capitato di vivere un momento di difficoltà di una certa importanza? Ad esempio sul piano psicologico, familiare, di lavoro*”.

Dai dati emerge che il 60.3% del campione ha dichiarato di aver vissuto situazioni di particolare difficoltà con una maggiore frequenza nel sesso femminile (65.6%) a dichiarare situazioni di problematicità rispetto a quanto dichiarato dalla popolazione maschile (56.9%). Tale dato può essere interpretato come una maggiore presenza di disagio nel genere femminile, e/o come una maggiore capacità di riconoscimento ed espressione del disagio. A favore della seconda interpretazione si può richiamare il maggior ricorso a qualunque figura sanitaria da parte delle donne riscontrata alla Domanda 1.

L’espressione di disagio varia significativamente in funzione dell’*area geografica di residenza*: il 67.4% della popolazione del Sud ha dichiarato di aver vissuto momenti di difficoltà, il 57.2% di quella del Nord e il 54.7% di quella del Centro Italia.

La capacità di espressione di disagio, inoltre, risulta essere direttamente proporzionale alla *scolarizzazione*: sono gli appartenenti alla categoria “laurea ed oltre” coloro che, con una percentuale pari al 68.6%, si dichiarano maggiormente colpiti da momenti di vita difficili (contro il 67.3% di coloro con diploma superiore e il 53.6% di coloro con licenza elementare/media).

Per quanto riguarda le fasce di *età*, l’espressione delle difficoltà di vita caratterizza soprattutto le età di mezzo. Come si vede in Tabella 1, infatti, dai 25 ai 54 anni si concentrano le percentuali più alte di coloro che dichiarano momenti difficili, fenomeno che invece decresce progressivamente nelle età più avanzate. Un dato che colpisce, e sul quale soffermarsi, è quello inerente la categoria dei giovanissimi (18-24 anni): solo il 20% di loro dichiara di avere attraversato momenti difficili.

Tabella 1. *Espressione di difficoltà in funzione alla variabile età*

Risposta	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	oltre 74 anni
Sì	20.0	72.7	73.2	71.1	65.4	53.9	43.5
No	80.0	27.3	25.6	28.9	34.6	46.1	56.5
Non risponde	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Totale	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

La particolarità del dato ci porta a ipotizzare che la capacità di riconoscere ed esprimere difficoltà di vita maturi con l'età e che quindi il basso punteggio ottenuto dai "giovanissimi" rifletta una loro incapacità/riluttanza nell'espressione e riconoscimento di tali difficoltà essendo improbabile che esse aumentino dal 20% al 72% nel giro di pochi anni.

Domanda 4 "Se sì, quali tipi di problemi?"

Le tipologie di problemi denunciati dagli intervistati sono stati successivamente codificati in 3 macro categorie:

- *problemi di salute* (es. "sono dovuto rimanere fermo a casa per 3 mesi per una frattura"; "non sono riuscita a dormire per vari mesi dopo la morte di mia madre");
- *problemi familiari*, caratterizzati da difficoltà relazionali nella vita di coppia, separazioni, divorzi, problemi con i figli o i genitori (es. "l'anno scorso mi sono separata e i bambini non l'hanno presa bene"; "c'è stato un periodo lungo in cui non riuscivo più a parlare con mio figlio");
- *problemi di lavoro*, quali mancanza o perdita di lavoro e conseguenti difficoltà economiche (es. "mio marito per un periodo ha avuto una riduzione delle ore e non riuscivamo ad arrivare alla fine del mese"; "mio figlio ha 30 anni ed è ancora disoccupato").

Emerge come, complessivamente, i problemi denunciati siano soprattutto quelli relativi alla salute (38.9%), seguiti da quelli di tipo familiare (37.7%) e di lavoro (34%).

Gli uomini esplicitano maggiormente problemi di lavoro mentre le donne sono concentrate su quelli di salute e familiari (vedi Tabella 2).

Tabella 2. *Tipologie di problemi denunciati e suddivisione per genere*

Tipo di problema	%	F	M
Familiare	37.7	39.9	34.5
Salute	38.9	46.3	24.6
lavoro-economico	33.8	25.4	49.7
Totale domande a risposta multipla*	110.5	111.6	108.8

*alcuni intervistati hanno espresso diverse tipologie di difficoltà.

Per quanto concerne la variabile *età*, dalla Tabella 3, è possibile notare come il lavoro sia il problema principale dai 25 ai 34 anni, quelli di salute aumentino prevedibilmente con l'avanzare dell'età, mentre i problemi familiari diminuiscono con l'aumentare degli anni. *Nella fascia di età tra i 18 e i 24 anni (quel 20% di giovanissimi che ha ammesso di avere difficoltà di vita) si riscontra un totale disinteresse rispetto al problema lavoro e maggiori difficoltà legate prettamente all'ambito familiare.*

Tabella 3. *Tipologie di problemi denunciati e suddivisione per fasce di età*

Tipo di problema	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	oltre 74 anni
Familiare	85.7	48.8	39.0	36.8	37.0	34.0	15.4
Salute	14.3	14.6	28.6	38.5	43.2	58.0	84.6
lavoro-economico	0.0	58.5	47.6	33.3	27.2	8.0	2.6

Totale domande a risposta multipla*	100.0	122.0	115.2	108.5	107.4	100.0	102.6
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

*alcuni intervistati hanno espresso diverse tipologie di difficoltà.

Per quanto riguarda il *titolo di studio*, coloro che possiedono una scolarizzazione inferiore riferiscono più problemi legati alla salute, mentre chi possiede un titolo di studio maggiore riporta problemi di natura lavorativa-economica e familiare (vedi Tabella 4).

Si rileva, dunque, una diversa tendenza ad interpretare il disagio: i più istruiti lo esprimono maggiormente in termini emotivi concentrandosi sui problemi familiari (oltre che sulle prevedibili difficoltà lavorative), mentre coloro che posseggono un titolo di studio inferiore segnalano in prevalenza problemi di salute, leggendo il disagio prettamente in termini fisici.

Tabella 4. *Tipologie di problemi denunciati in relazione al titolo di studio posseduto*

Tipo di problema	Elementari-Medie	Diploma Superiore	Laurea e oltre
Familiare	37.8	36.6	43.8
Salute	48.3	35.8	28.8
lavoro-economico	23.1	35.8	48.8
Totale*	109.1	108.2	121.3

*alcuni intervistati hanno espresso diverse tipologie di difficoltà.

Domanda 5: *“Le è capitato, sempre negli ultimi anni, di avere disturbi tipo insonnia, ansia, tristezza, colite, mal di testa?”*

Questa domanda aveva l'obiettivo di valutare il grado di consapevolezza espressa rispetto a disagi sia di tipo chiaramente psicologico (ansia, tristezza ecc.) sia di tipo somatico, per i quali è possibile ipotizzare una origine psicologica (colite, mal di testa, insonnia ecc.).

I dati mostrano, a livello generale, una diffusione pronunciata di questo tipo di disturbi: il 67% degli intervistati dichiara di soffrirne, in particolare sono le donne con una percentuale pari al 75.9% significativamente superiore a quella degli uomini pari al 59.7%.

Rispetto alle fasce di età, osservando la Tabella 5, è possibile notare come sia dai 25 ai 54 anni, che si verifichi la maggiore espressione di queste problematiche, espressione che decresce nelle fasce di età superiori. È possibile notare, inoltre, quanto la presenza di questi disturbi sia consistente tra i giovanissimi (18-24 anni) con una percentuale di intervistati che esprime tali disturbi pari al 61.8%.

Tabella 5. *Espressione di disturbi psicologici e psico-fisici in relazione alle fasce di età*

Risposta	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	oltre 74 anni
Sì	61.8	79.9	80.4	74.7	65.4	56.3	58.3
No	38.2	20.1	18.5	25.3	34.6	43.8	41.7
Non risponde	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

L'area geografica con l'espressione di maggiori disturbi emotivi e "psicosomatici" è risultata essere il Sud Italia con una percentuale pari al 71%, significativamente superiore al 67.4 % del Centro Italia e al 63.6% del Nord Italia.

Il titolo di studio influenza l'espressione di queste problematiche che risulta superiore tra chi ha una maggiore scolarità: ha risposto "sì" a questa domanda il 74.4% dei "laureati o più", il 75.7% dei diplomati alle scuole superiori e solo il 61.1% dei titolari di licenza elementare o media.

Sono stati in seguito incrociati i dati ottenuti dalla domanda 3, riguardante la percezione di difficoltà di vita, con quelli inerenti la domanda 5, concernente l'espressione di disturbi psicologici e/o psicofisici, per indagare la connessione tra essi. Dai dati emerge come la corrispondenza tra i due fenomeni sia presente solo nei soggetti che hanno dichiarato di aver attraversato momenti di difficoltà. In questo gruppo, infatti, l' 83% dichiara anche di aver sofferto di sintomi psicofisici. Tra coloro, invece, che hanno dichiarato di non aver passato momenti di difficoltà di vita ben il 47% presenta sintomi psicofisici.

Il dato può essere interpretato nel senso di una incapacità o riluttanza a riconoscere il nesso tra i due fenomeni. La discrepanza appare particolarmente evidente nella categoria dei giovanissimi (18-24 anni): circa il 62% dichiara di soffrire, o aver sofferto, di sintomi psicologici e/o psico-fisici mentre, alla domanda 4, solo il 20% ha dichiarato difficoltà di vita.

Domanda 6: "Quali sono nello specifico i disturbi di cui soffre (o ha sofferto)?"

I disturbi sono stati codificati in tre gruppi: fisici (insonnia, mal di testa, colite ecc.), psicologici (ansia, depressione ecc.) e fisici + psicologici (coloro che hanno espresso ambedue i tipi).

I disturbi più lamentati in generale sono di ordine fisico (vedi Tabella 6), appartengono al 46% della popolazione. Gli uomini confessano prevalentemente problemi fisici (56.7%) e molto meno quelli psicologici (18%). Nelle donne l'espressione di problemi psicologici risulta più marcata (29.9%).

Tabella 6. Tipologie di disturbo espresse complessivamente ed in relazione al genere

Tipo di disturbo	%	F	M
Fisici	46.1	40.8	56.7
Fisici+ psicologici	27.8	29.1	25.3
Psicologici	26.0	29.9	18.0
Altri	0.2	0.2	0.0
Totale	100.0	100.0	100.0

Affrontando l'espressione del disturbo per la variabile età, è possibile notare che i problemi fisici sono i più esplicitati in tutte le classi rispetto a quelli psicologici (vedi Tabella 7). Per i giovani tra i 18 e 24 anni in particolare è il disturbo fisico quello più sentito (61%), mentre esprimono poche difficoltà sul versante psicologico, come evidente soprattutto nella categoria "fisici + psicologici".

Tabella 7. Tipi di disturbo riportati in funzione alla variabile età

Tipi di disturbo	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	oltre 74 anni
Fisici	60.7	42.0	41.8	49.6	45.4	47.2	44.8
fisici+ psicologici	17.9	36.0	32.0	27.1	25.8	20.8	24.1
Psicologici	21.4	22.0	25.4	23.3	28.9	31.9	31.0
altri	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Domanda 7: "Quanto ritiene che questi disturbi abbiano influito (influiscono) sulla sua vita?"

Il 63.7 % della popolazione intervistata ritiene che i disturbi di cui soffre influenzino “molto/abbastanza” la propria vita; tale vissuto appare maggiore tra le donne (67.9%) che tra gli uomini (54.9%). Anche qui il dato potrebbe testimoniare una maggiore gravità e/o frequenza dei disturbi oppure una maggiore consapevolezza nel genere femminile dell’influenza degli stessi sulla propria vita.

Per quanto concerne la variabile *età*, osservando la Tabella 8, è possibile notare come la consapevolezza delle ripercussioni del disagio psicologico e/o psicofisico sulla vita caratterizzi principalmente le fasce adulte della popolazione.

Tabella 8. *Consapevolezza dell’influenza di disagio psicofisico sulla propria vita rispetto alla variabile età*

Risposta	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	oltre 74 anni
Molto-Abbastanza	20.6	57.5	70.1	69.7	60.6	64.9	72.7
Poco-Per niente	79.4	40.7	29.9	29.7	35.6	32.4	22.7
Non risponde	0.0	1.8	0.0	0.7	3.8	2.7	4.5
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

La consapevolezza dell’influenza di tali forme di disagio sulla propria vita appartiene quindi ad una discreta maggioranza della popolazione, specie tra gli adulti. I giovani della fascia 18-24, invece, pur lamentando nel 62% dei casi sintomi vari sono coloro che dichiarano prevalentemente (79.4%) di non esserne condizionati.

Domanda 8: *“Per questi problemi che mi sta dicendo, ha consultato qualcuno in termini professionali ?”*

Dai dati raccolti emerge come solo il 40% della popolazione intervistata cerchi aiuto per i disagi che presenta; sono più le donne (45.9%) degli uomini (27.7%) a dichiarare di aver consultato qualcuno.

Anche in questo caso sono emerse differenze significative rispetto alla variabile *età* (vedi Tabella 9): abbiamo un aumento della percentuale di persone che ha consultato qualcuno per i propri problemi che cresce in modo lineare dai 18 ai 64 anni per poi diminuire, mantenendosi stabile, dai 65 anni in poi. Sono i “giovannissimi” (fascia 18-24 anni) ad ottenere la percentuale inferiore di richieste di aiuto: solo nel 14.7% dei casi, infatti, dichiarano di rivolgersi a qualcuno.

La maggioranza degli italiani, come abbiamo visto, denuncia difficoltà di vita e disturbi di diversa natura, ritiene che tali disturbi abbiano conseguenze sulla propria vita ma mostra una certa resistenza a ricercare un aiuto professionale (59% circa): il fenomeno riguarda soprattutto i giovanissimi.

Tabella 9. *Percentuali di richieste di consulto professionale in funzione alla variabile età*

Richiesta di aiuto	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	oltre 74 anni
Sì	14.7	29.2	41.6	46.9	50.0	37.8	37.9
No	85.3	69.0	56.9	52.4	46.2	60.8	60.6
Non risponde	0.0	1.8	1.5	0.7	3.8	1.4	1.5
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Domanda 9: *“Chi ha consultato?”*

L'esperto più *consultato* risulta essere il medico specialista (non psichiatra-neurologo), che raccoglie circa il 31% delle preferenze, seguito dal medico di medicina generale (26%), la categoria psicologo/psicoterapeuta recluta un'utenza di circa il 20% di coloro che cercano risposte, mentre le categorie neurologo e psichiatra raccolgono, globalmente, una preferenza del 17% circa (vedi Tabella 10).

Sono gli uomini a cercare maggiormente risposte di tipo organico, indirizzandosi prevalentemente verso il medico specialista (45.2%) o medico di medicina generale (30.6%), mentre le donne si dividono in modo abbastanza omogeneo tra medico di medicina generale (24.8%), specialista (26.2%) e psicologo/psicoterapeuta (21.8%).

Rispetto alla variabile *area geografica di residenza* emergono differenze significative (vedi Tabella 10). Al Nord si ricorre maggiormente al medico specialista e di medicina generale, mentre nelle regioni centrali, dove si riscontra il maggiore ricorso a psicologo/psicoterapeuta (23.5%), appare più contenuta, rispetto alle altre zone, la consultazione del medico di medicina generale. Al Sud il 22.1% dei consultati vengono richiesti al neurologo, con una fruizione pressoché equivalente a quella di medico di medicina generale (23.2%), specialista (24.2%), psicologo/psicoterapeuta (21.1%).

Si evidenzia, a livello generale, come la maggioranza della popolazione si orienti verso un'assistenza sanitaria con risposte di tipo medico-organicistico.

Tabella 10. *Esperto più consultato tra coloro che decidono di cercare aiuto per i propri problemi*

Esperto consultato	%	F	M	Nord	Centro	Sud
Medico di medicina generale	25.9	24.8	30.6	29.8	21.6	23.2
Medico specialista	30.4	26.2	45.2	36.3	27.5	24.2
Psichiatra	4.8	6.3	0.0	4.0	7.8	4.2
Neurologo	11.9	12.1	9.7	4.8	9.8	22.1
Psicologo/psicoterapeuta	19.3	21.8	9.7	16.1	23.5	21.1
Altro*	7.8	8.7	4.8	8.9	9.8	5.3
Totale**	92.2	91.3	95.2	91.1	90.2	94.7

* Nella categoria *altro* rientrano: farmacista, counselor, mago, sacerdote, filosofo new age

**Nel totale è assente la percentuale di intervistati che non hanno risposto alla domanda

Analizzando i risultati ottenuti in relazione alla variabile *età* (vedi Tabella 11) e all'utilizzo che le diverse fasce fanno di specialisti della salute mentale, si evidenzia come a rivolgersi allo psicologo-psicoterapeuta sono soprattutto gli adulti tra i 35 e i 54 anni, mentre gli anziani (dai 65 anni in poi) preferiscono rivolgersi al neurologo.

Un dato interessante emerge per i "giovannissimi" (18-24 anni) i quali si rivolgono molto più delle altre fasce d'età (40%) alla categoria "altro" in cui ricordiamo rientrare farmacista, counselor, mago, sacerdote, filosofo new age (sulla base di quanto riportatoci dagli intervistati).

Tabella 11. *Esperto consultato in relazione alla variabile età*

Esperto consultato	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	oltre 74 anni
Medico di medicina generale	0.0	36.4	26.3	19.1	21.2	46.4	24.0
Medico specialista	40.0	21.2	26.3	30.9	38.5	21.4	44.0
Psichiatra	0.0	0.0	5.3	10.3	0.0	3.6	8.0
Neurologo	0.0	3.0	3.5	13.2	11.5	25.0	24.0
Psicologo/psicoterapeuta	20.0	30.3	22.8	23.5	19.2	3.6	0.0

Altro*	40.0	9.1	15.8	2.9	9.6	0.0	0.0
Totale**	60.0	90.9	84.2	97.1	90.4	100.0	100.0

* Nella categoria *altro* rientrano: farmacista, counselor, mago, sacerdote, filosofo new age

**Nel totale è assente la percentuale di intervistati che non hanno risposto alla domanda

Domanda 10: “*Come è arrivato/a all’esperto a cui si è rivolto/a?*”

Il 41% degli intervistati ha risposto a questa domanda affermando di affidarsi al consiglio del proprio medico di medicina generale per trovare l’esperto di cui necessita, il 32% afferma di fare ricorso al “passaparola” (ovvero al consiglio di parenti, amici ecc.), mentre il 27% afferma di cercare autonomamente le informazioni utili per orientarsi nella scelta del professionista da consultare.

Emerge dunque il forte peso che, per una vasta fascia della popolazione, ha il consiglio del proprio medico di medicina generale probabilmente considerato un punto di riferimento nella scelta degli specialisti cui rivolgersi.

Domanda 11: “*Quanto è rimasto/a soddisfatto/a delle risposte che ha ricevuto?*”

I dati ottenuti evidenziano come il 79.9% della popolazione intervistata si dichiara “molto/abbastanza” soddisfatta delle risposte ricevute dagli esperti ai quali si è rivolta: rientrano in questa categoria l’82.3% degli uomini ed il 79.1% delle donne.

È nel Centro Italia che si raggiunge la percentuale di maggior soddisfazione per le risposte ricevute con il 94.1% di intervistati che si dichiarano “molto/abbastanza” soddisfatti, contro l’81.4% del Nord Italia e il 70.5% del Sud Italia.

Possiamo rilevare come questa minore soddisfazione nel Sud Italia si associ ad un rivolgersi prevalentemente a figure operanti nell’ambito biologico (medici di base, specialisti e neurologi) piuttosto che a figure anche operanti nell’ambito psicologico (psicologi e psicoterapeuti).

Domanda 12: “*Nella sua vita le è mai capitato di consultare uno specialista come uno psicologo, uno psicoterapeuta, uno psichiatra?*”

Questa domanda veniva rivolta solo a coloro i quali non avevano menzionato, in precedenza, il ricorso a specialisti della salute mentale (per chi li aveva già menzionati il dato veniva inserito autonomamente dalle intervistatrici).

Chiedendo in modo esplicito al campione dei suoi contatti con specialisti della salute mentale emerge come il 27% della popolazione li abbia consultati: sono in netta maggioranza le donne (36%) rispetto agli uomini (11.3%).

L’area geografica con minor ricorso a professionisti della salute mentale è il Nord con solo il 20.8% degli intervistati che ha risposto “Sì” a questa domanda rispetto al 30.2% degli abitati del Centro e all’ancor più elevato 33.3% dei residenti del Sud Italia.

La frequenza media di consultazione varia rispetto alla variabile età: è possibile notare (vedi Tabella 12) come cresca in modo lineare dai 18 anni (19.2%) fino ai 54, avendo il picco più alto di consultazione nella fascia 45-54 anni (36.3%), per poi decrescere in modo lineare fino alla fascia degli “over 74” (17.9%). Escludendo i dati ottenuti da quest’ultima fascia di popolazione, sono nuovamente i giovani ad avere la percentuale inferiore di ricorso a specialisti.

Tabella 12. Percentuale media di ricorso a specialisti della salute mentale rispetto alla variabile età

Risposta	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	oltre 74 anni
Sì	19.2	27.1	29.5	36.3	27.7	20.7	17.9
No	80.8	72.9	70.5	61.1	72.3	79.3	80.6
Non risponde	0.0	0.0	0.0	2.7	0.0	0.0	1.5
Totale	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Domanda 13: “Se sì, quale?”

In questo caso i dati ci mostrano che il 62.2% di chi dichiara di essersi rivolto ad un esperto della salute mentale si è recato da psicologi/psicoterapeuti, mentre il 19.3% da neurologi e il 16.6% da psichiatri. È al Centro Italia che si riscontra il maggior ricorso a psicologi/psicoterapeuti (71.9%) rispetto al Nord (58.8%) e al Sud (59.7%). Al Nord, rispetto alle altre aree geografiche, risulta maggiore il ricorso a psichiatri con 19.6% delle preferenze, contro il 16.1% del Sud e al 12.5% del Centro. Al Sud, invece, si verifica la maggiore consultazione di neurologi con il 24.2% delle preferenze rispetto al 15.7% e al 15.6% rispettivamente del Nord e Centro Italia.

Prendendo in esame la variabile *età* (vedi Tabella 13) emerge come lo psicologo/psicoterapeuta sia il professionista a cui si rivolgono maggiormente tutte le fasce della popolazione, ad esclusione degli intervistati over 74 che nell' 83.3% dei casi ricorrono al neurologo.

Tabella 13. *Tipologia di esperto consultato, in percentuale, in funzione alla variabile età*

Esperto di salute mentale consultato	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	oltre 74 anni
Psichiatra	20.0	12.5	11.5	19.5	17.9	17.6	16.7
Neurologo	0.0	0.0	0.0	12.2	28.6	29.4	83.3
Psicologo/Psicoterapeuta	80.0	87.5	84.6	63.4	53.6	52.9	0.0
Altro	0.0	0.0	3.8	4.9	0.0	0.0	0.0
Totale*	100.0	100.0	96.2	95.1	100.0	100.0	100.0

*Dal totale mancano le percentuali di chi non ha risposto alla domanda

Il *titolo di studio* sembra influire sul tipo di scelta effettuata: sono in prevalenza i laureati a scegliere di rivolgersi a psicologi/psicoterapeuti nel 79.2% dei casi, percentuale che decresce con il diminuire della scolarità (47.9% di chi ha un diploma elementare/medie e 65.8% di chi possiede il diploma di scuola superiore). Al contrario, per il ricorso a psichiatra e neurologo si verifica il fenomeno opposto ovvero ad una minore scolarizzazione corrisponde un maggiore ricorso a questi professionisti.

Possiamo ipotizzare che le persone con un livello di istruzione maggiore siano più inclini a riconoscere la natura dei propri disagi, affrontandoli in termini più mentali e meno biologici (psichiatra-neurologo), rivolgendosi quindi agli specialisti più indicati per affrontare le proprie problematiche.

Domanda 14: “Rispetto alla sua esperienza, come valuta l’offerta di assistenza psicologica da parte dei servizi pubblici e/o convenzionati?”

Il dato è riferito ad un sotto-campione costituito da persone che hanno avuto modo di utilizzare un servizio dedicato all’assistenza psicologica pubblica/convenzionata. La valutazione non risulta molto positiva: il 41% ne risulta “poco o per nulla” soddisfatto, il 36% esprime soddisfazione ed un ampio 23% ha preferito non rispondere.

Maggiore soddisfazione viene espressa dai residenti del Centro Italia (44.1%), meno al Nord (37.7%) e al Sud (30.2%).

Questo dato ci pare coerente con quanto emerso dalle risposte ottenute alle domande precedenti: è nel Centro Italia, infatti, che le persone ricorrono maggiormente a specialisti quali psicologi/psicoterapeuti, per affrontare problematiche di natura psicologica/psicofisica, e sono sempre questi professionisti ad essere maggiormente scelti per affrontare il disagio mentale rispetto a psichiatri e neurologi. Da ciò possiamo ipotizzare che la maggiore capacità di trattare il problema in termini “psicologici” piuttosto che medico-biologici (neurologo-psichiatra) determini una maggior soddisfazione per il tipo di servizio e di risposte ottenuti semplicemente perché si tratta di ciò di cui l’utente ha bisogno.

Domanda 15: “*Se un giorno andasse per una visita dal suo medico di medicina generale e trovasse uno psicologo seduto accanto a lui ad ascoltarla, quanto troverebbe la cosa utile e opportuna?*”

Dai dati emerge ampio consenso verso la possibilità di usufruire di un’assistenza psicologica di facile accesso, con la presenza di uno psicologo nello studio del proprio medico di medicina generale: è il 69.1% degli intervistati a dichiararsi “molto/abbastanza” favorevole. Sono le donne (75.4%) a dimostrarsi più disponibili degli uomini (58.8%) a questa opportunità: questo appare coerente con il dato che mostra come siano maggiormente le donne ad usufruire di servizi psicologici.

Rispetto alla variabile *area geografica di residenza* emerge ampio consenso nel Nord (70%) e nel Sud (71.1%), mentre si riscontra una lieve flessione nei dati riferiti al Centro Italia (63.4%).

Ampio consenso viene espresso in tutte le fasce di età (vedi Tabella 14): solo gli over 74 dimostrano minor propensione per la possibile co-presenza dello psicologo, è il 47.2% di loro che si dichiara favorevole.

Tabella 14. *Percentuale di consenso espresso in funzione della variabile età*

Risposta	18-24 anni	25-34 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	65-74 anni	oltre 74 anni
Molto-Abbastanza	61.8	81.3	74.4	63.7	75.2	71.9	47.2
Poco-Per niente	34.5	16.5	23.2	35.8	24.2	25.8	48.1
Non risponde	3.6	2.2	2.4	0.5	0.7	2.3	4.6
Totale	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	99.97

Interessante è stato notare come anche i giovanissimi, che risultano essere coloro che esprimono minor disagio psicologico/psicofisico, riportano minori difficoltà di vita e appaiono poco propensi a cercare aiuto, accolgono favorevolmente la proposta in una percentuale abbastanza elevata, 61.8% dei casi. Tale percentuale è certamente molto lontana da quel 14.7% di giovanissimi disposto a chiedere aiuto spontaneamente per i propri problemi.

Conclusioni

La ricerca ha permesso di delineare un quadro della diffusione e della percezione di vari tipi di disagio nella popolazione italiana. Lo studio ha infatti rilevato: difficoltà di vita, inerenti la salute, il lavoro e le relazioni familiari, motivo di malessere per il 60% della popolazione, e l’espressione di una sintomatologia, di tipo fisico, psichico e psicofisico (colite, mal di testa, insonnia, ansia e depressione) ancor più pronunciata poiché interessa il 67% del campione.

Emerge altresì una stretta relazione tra difficoltà di vita e manifestazione di sintomi psicofisici: l’83% dei casi di chi esprime difficoltà di vita riporta anche una sintomatologia di tipo psicofisico.

La popolazione intervistata esprime consapevolezza circa l’influenza che disturbi di vario tipo possono avere sulla qualità della propria vita: il 64% della popolazione, infatti, ritiene che le problematiche riportate abbiano un forte peso sulla loro vita.

Rispetto alla possibilità di richiedere un aiuto per queste problematiche, risultato fondamentale di questa ricerca è che solo il 41% delle persone che dichiarano di aver sperimentato un disagio ha ricercato un’assistenza di qualunque tipo. Nonostante, dunque, una così ampia espressione di disagio, è emersa una forte

resistenza nella popolazione generale rispetto al prendersi cura di questi aspetti e il tradurre la percezione di tali difficoltà in una richiesta di aiuto.

Cercando di evidenziare verso quali figure professionali si orientano le persone che avendo sperimentato disagio di diverso tipo chiedono aiuto, è emerso che il 57% si rivolge a medici, di medicina generale e specialisti, il 19% a psicologi, il 17% a neurologi o psichiatri ed il 10% ad altre figure professionali, tra le quali le più riportate sono farmacista, counselor, mago, sacerdote ecc.

La richiesta di aiuto degli italiani è dunque indirizzata prevalentemente verso strutture sanitarie mediche, il che sottolinea la tendenza ad interpretare e trattare qualunque disagio in termini fisici, organici, tralasciandone la dimensione emotiva e psicosociale. Tale tendenza appare diffusa soprattutto tra gli uomini, i giovanissimi (18-24 anni) e le persone con bassa scolarità.

Un altro aspetto che merita di essere sottolineato riguarda la soddisfazione espressa in merito all'offerta di servizi pubblici di assistenza psicologica: tali servizi appaiono insufficienti e poco soddisfacenti, infatti, solo il 36% se ne dichiara soddisfatto. Questo dato si discosta molto dal livello di soddisfazione espresso dalla popolazione intervistata nei confronti di altre branche della medicina (medicina generale, specialistica) che è risultato essere pari all'80%. Una possibile spiegazione di questo fenomeno può essere ravvisata nel fatto che, in generale, i servizi pubblici di salute mentale, essendo sottodimensionati rispetto alle esigenze della popolazione, riescono a malapena ad offrire risposte ai casi di patologia psichiatrica grave, con scarsa o nessuna possibilità di occuparsi delle problematiche "esistenziali" della popolazione generale, da cui è tratto il nostro campione.

Un altro dato che ha suscitato il nostro interesse, e su quale spesso si sono indirizzate le nostre riflessioni, è quello inerente l'atteggiamento dei "giovanissimi", ovvero dei ragazzi tra i 18-24 anni, rispetto al disagio. Questa fascia di età, particolarmente delicata e critica dal punto di vista del ciclo vitale, è quella che è risultata meno in grado sia di esprimere il disagio che, conseguentemente, di richiedere un aiuto per esso. Il dato appare particolarmente preoccupante perché è questa la fase di vita in cui si manifestano la maggior parte dei disturbi mentali per la prima volta, configurandosi, quindi, come la fase in cui sarebbe più utile e proficuo intervenire. Quanto rilevato con il nostro sondaggio appare coerente con quanto emerso dallo studio ESEMeD che ha rilevato il minor contatto di servizi per la salute mentale nella fascia di età dai 18-24 anni (Lega & Gigantesco, 2008).

In particolare focalizzandosi sui dati relativi a questa fascia di età è emerso che:

- solo il 20% dichiara difficoltà di vita mentre il restante 80% se ne dichiara "immune". Ugualmente interessante il fatto che di questo 20% di ragazzi che esprime difficoltà l'86% esprima problemi in ambito familiare, il 14% di salute e nessuno problemi di lavoro o economici. Sembrerebbe che fino ai 24 anni (età che in genere coincide con il termine degli studi universitari) i giovani non riescano a viverli come individui autonomi che sperimentano problemi nei confronti della società nel suo insieme, ma ancora come figli i cui problemi si esauriscono in ambito familiare;
- diversamente da quanto avviene per le difficoltà di vita, il 61% del campione di questa fascia di età dichiara di soffrire o di aver sofferto di disturbi di vario tipo focalizzandosi principalmente su problematiche somatiche. Da ciò emerge una marcata difficoltà dei giovani di questa fascia di età nell'effettuare un collegamento tra sintomo psicofisico e difficoltà di vita. La particolarità di questo dato si mostra con ancor più chiarezza se si pensa che nella fascia di età dai 25 ai 34 anni il 72% della popolazione dichiara difficoltà di vita e l'80% sintomi di varia natura evidenziando un collegamento tra la percezione di un disagio "esistenziale" e quella di una sintomatologia psicofisica;
- tra i giovani che lamentano difficoltà o disagi di qualunque tipo solo il 15% chiede aiuto: è la fascia di età che in assoluto chiede meno aiuto per i propri problemi. Essi si rivolgono prevalentemente al medico specialista o di medicina generale o ad altre figure come counselor, farmacista, maghi, ed esponenti del mondo new age;
- l'80% circa dei giovani ritiene che i diversi sintomi psico-fisici influiscano poco o per nulla sulla loro vita mentre la percentuale corrispondente nella media della popolazione generale è pari al 36% circa. Questo dato può contribuire a spiegare il dato precedente inerente la scarsa richiesta di aiuto;
- Nonostante quanto fin qui emerso i "giovanissimi" si mostrano invece molto disponibili alla proposta di trovare lo psicologo dal proprio medico di medicina generale con una percentuale di pareri positivi pari al 62%.

Le ipotesi interpretative di questa manifesta difficoltà di contatto con il proprio disagio interiore nella fascia dei "giovanissimi" possono essere diverse: particolare timore dello stigma sociale nell'ambiente di appartenenza, che porta a nascondere e prima ancora a non riconoscere e accettare di avere problemi; onnipotenza adolescenziale, l'idea di poter fare tutto da soli, di non aver bisogno di nessuno e che niente possa scalfirli; ambiente protetto della famiglia e delle strutture accademiche che tende a preservare da possibili frustrazioni rendendo i giovani poco capaci di confrontarsi con la realtà.

Anche la distribuzione del modo di trattare il disagio tra Nord, Centro e Sud risulta interessante. Nel nord Italia ci si rivolge di più al medico, di medicina generale e specialista, e meno, rispetto agli abitanti delle altre zone d'Italia, allo psicologo. Nel Centro Italia, dove si riscontra un maggiore ricorso allo psicologo, rispetto alle altre regioni, risulta ridotto il ricorso al medico di medicina generale. Nel Sud, invece, si nota un maggiore ricorso rispetto al resto d'Italia al neurologo.

Tornando ad uno degli aspetti centrali del nostro lavoro di ricerca, ovvero l'opinione della popolazione circa la possibile copresenza medico psicologo è possibile affermare come tale proposta abbia trovato vasto consenso in tutte le fasce di età. Il 69% degli intervistati, infatti, esprime parere molto favorevole all'idea di uno "psicologo di base" insieme al proprio medico di riferimento. Interessante notare che la resistenza a chiedere aiuto, soprattutto di tipo psicologico, rilevata nel corso dell'analisi, è superata nel momento in cui l'offerta di assistenza psicologica viene proposta, al pari di quella medica, a tutti. Tutto ciò vale soprattutto per i residenti al Nord e per i "giovannissimi", categorie che meno delle altre sono in grado di riconoscere il proprio disagio e di chiedere aiuto, ma che sono tra coloro che ravvisano grande utilità nella proposta di inserimento dello psicologo.

In conclusione la condizione italiana attuale messa a fuoco dalla ricerca scopre una situazione di disagio piuttosto diffuso al quale corrisponde un marcata incapacità delle persone, soprattutto delle persone più giovani, a tradurlo in una richiesta di aiuto. Si rileva una forte richiesta di assistenza per bisogni che possiamo definire di tipo psico-sociale alle figure del medico di medicina generale o del medico specialista.

L'opinione del nostro campione circa l'inserimento di uno psicologo insieme al medico di medicina generale dà supporto all'iniziativa promossa dalla Scuola di Psicologia della Salute ("Sapienza" Università di Roma), all'interno della quale, ormai da 12 anni, si porta avanti una collaborazione tra medici-psicologi con proficui risultati (Solano, 2011). Il sondaggio stesso testimonia come spesso le persone che si rivolgono al medico sono portatori di un disagio di tipo "esistenziale", confermando quanto già rilevato diversi anni fa da Michael Balint (1957/1961), e confermato da ricerche più recenti (Gatchel & Oordt, 2003; Katon, 1985; Kroenke & Mangelsdorff, 1989; Magill & Garrett, 1988). La proposta di una co-presenza risulta ancor più utile se si pensa, inoltre, che è al medico di medicina generale che la maggior parte della popolazione si affida per ottenere indicazioni su ulteriori professionisti (come emerso/confermato dal nostro lavoro, vedi domanda 10). Uno psicologo insieme al medico potrebbe così fornire un'assistenza dedicata ad evitare la cronicizzazione e, ancor prima, alla prevenzione di tutti quei disagi di natura psicologica e "psicosomatica" che troppo spesso arrivano con grande ritardo all'attenzione di specialisti della salute mentale.

Limiti del lavoro:

Un limite della ricerca è nel numero abbastanza consistente di non risposte e di rifiuti, che riducono la rappresentatività del campione esaminato, e quindi l'estendibilità dei risultati. Inoltre, l'estrazione dei numeri telefonici dalle Pagine Bianche lascia fuori i cittadini che non dispongono di un telefono fisso (poiché utilizzano un cellulare) e quei cittadini che chiedono che il proprio numero non venga inserito negli elenchi.

Bibliografia

Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Angermayer, M., Bernert, S., ... Bruffaerts, R. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED/MHEDEA 2000) Project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 55-67. DOI: 10.1002/mpr.123

Alonso, J., Angermayer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., ... Vollebergh, W.A. (2004). Use of mental health services in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 47-54. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128384>

- Balint, M. (1961). *Medico, paziente e malattia* [The doctor, his patient and the illness] (F. Benincasa & M. Perini, Trans.). Milano: Feltrinelli (Original work published 1957).
- Gatchel, R.J., & Oordt, M.S. (2003). *Clinical health psychology and primary care: Practical advice and clinical guidance for successful collaboration*. Washington: American Psychological Association.
- Katon, W. (1985). Somatization in primary care. *Journal of family practice*, 21, 257-258. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1986-25362-001>
- Kroenke, K., & Mangelsdorff, A.D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *American Journal of Medicine*, 86, 262-266.
- Lega, A., & Gigantesco, A. (2008). Disturbi Mentali Comuni in Italia: Il progetto EPREMED e lo studio ESEMeD [Common mental disorders in Italy: The EPREMED project and the ESEMeD study. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 21, 11-15. Retrieved from <http://www.iss.it/binary/publ/cont/online%20sett.1224252468.pdf>
- Magill, M.K., & Garrett, R.W. (1988). Behavioral and psychiatric problems. In R.B. Taylor (Ed.), *Family Medicine* (3rd ed.) (pp 534-562). New York: Springer Verlag.
- Rice, D.P., & Miller, L.S. (1995). The economic burden of affective disorders. *British Journal Psychiatry Supplement*, 34-42. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/med/7794592>
- Solano, L. (2011). *Dal Sintomo alla Persona: Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base* [From the symptom to the person: Physician and Psychologist together for primary care]. Milano: Franco Angeli.
- US Department of Health and Human Services (1993). *Depression Guidelines panel: Depression in primary care*. Volume 2. Treatment of major depression clinical practice guideline No.5. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. ANCHOR Publication No. 93-0551.
- Ustun, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C.J.L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry*, 184, 386-92. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15123501>
- World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000 Health System: Improving performance*. Geneva: World Health Organization.

**The significance of care: How local worlds continuously change through global forces.
An interview with Katrien De Graeve**

Fiorella Bucci*

Abstract

This paper presents an interview with Katrien De Graeve, postdoctoral researcher at Ghent University and author of important publications in the field of critical adoption studies. The conversation with De Graeve on transnational adoption and aid for refugee minors allows us to explore how transnational migration is profoundly changing today's local systems of care by raising completely new questions and significant contradictions, particularly as far as caring for children is considered. The interview discusses the possibility to re-imagine care relationships beyond the ideal of exclusivity within the nuclear family and sheds light on cultural, social and political constraints which hamper such possibility. We will see how health care discourse enters this space of change in social coexistence impacting the way in which social actors make choices and negotiate the ethical sense of choices.

Keywords: parenting; childhood; immigration; transnational adoption; refugee minors.

* Clinical psychologist, Specialist in psychoanalytic psychotherapy, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology). E-mail: fiorella.bucci@gmail.com

Bucci, F. (2015). The significance of care: How local worlds continuously change through global forces. An interview with Katrien De Graeve. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 77-88. doi: 10.14645/RPC.2015.2.552

Introduction

Katrien De Graeve is postdoctoral researcher of the Research Foundation Flanders (FWO) at the Centre for Research on Culture and Gender (CRCG) in the Faculty of Arts and Philosophy (Department of Languages and Cultures) of Ghent University. Care relationships – especially when including ethnical, national and cultural differences – have been one of the main subjects of her research work. She has dealt in particular with transnational adoptions between Flanders and Ethiopia, and refugee aid and guardianships of unaccompanied refugee minors. Starting from an interest in the current significance of care, within local worlds that continuously change through global forces, she has studied the substantial impact of care practices in creating forms of citizenship and belonging, beyond any alleged division between the private, the public and the national sphere.

When I asked Dr. De Graeve to be interviewed, my thought was that the specific contexts of her empirical research and the theoretical frameworks that she is employing could bring meaningful insight into the question posed by this Special Issue of *Rivista di Psicologia Clinica* on change in health and social care.

In the last years, the connection between immigration and care has been the subject of a wide investigation focusing on the growing number of migrant women working in child care and long-term care for the elderly, and the risks of marginalization and power inequalities resulting from this process on a global scale. De Graeve's work turns the angle of inquiry by drawing attention to situations in which people of the ethnic majority take care of migrants. The interview makes visible how taking care of someone – both if initially connoted as an intimate gesture (e.g. parenting) or as a technical gesture (e.g. legal guardianship) – is always ultimately an event with influential and complex symbolic, identity, social and political implications, which often remain unseen. This becomes immediately clear discussing with De Graeve the contexts of transnational adoption and aid for unaccompanied refugee minors.

On the one hand, the international political debate on the crisis and change of health care systems often emphasizes the increased demand for and use of health care services in the face of an urgent shortage of public funding. On the other hand, different sectors of scholarly debate within the humanities and the social sciences have been pointing out the impact on social life, over the last decades, of an overproduction of medical and psychological categories in order to explain more and more aspects of everyday existence. Although addressing strongly interrelated problems, these two debates have mostly remained separated.

The interview explores how what De Graeve calls *scientization* of parental choices and functions is actually changing the way of making choices and negotiating the ethical sense of choices between social actors. Next to the abundance of expert knowledge, the widespread appeal to an ethics of rights, norms and justice is somehow depleting the capacity of a moral reasoning based on the social exchange, namely on the creative and pragmatic resources offered by the social exchange. As an alternative to traditional ethics centred on justice, feminist theorization has argued the possibility to envisage an ethics of care: i.e. an ethical model centred on care, as acknowledgement of the fundamental relationality and interdependence which are at the basis of the human condition and of a good life.

According to the feminist ethicist Joan Tronto (1993), for a political practice inspired by an ethics of care at least four inflections of care and corresponding values must be taken into account.

Caring about involves becoming aware of and paying attention to the need for caring. The corresponding value is *attentiveness*. *Caring for* is the phase when someone assumes the responsibility to meet the identified need, *responsibility* being the value that counts here. *Taking care of* or *care giving* entails the direct meeting of the needs for care, the performance of a necessary caring task. *Competence* is the moral dimension of this. Finally, *care receiving* is the fourth phase of the politics of care and involves the moral element of *responsiveness* (Scuzzarello, 2009, p. 7).

Ultimately, this interview's central focus is the relationship between parents and children, and between adults and children more widely. Apparently never in history so much time and energy have been invested in children's care and parenting, as it is the case now, De Graeve will say during the interview. We will discuss the reasons and frameworks of this intense emphasis on childhood, and analyse the violent paradoxes that such attitude implies when we think of caring for children in a transnational dimension.

Interview

I would like to ask you how your interest in the issues of care, care relationships and care ethics started and how it is developing through your research.

I started doing research on parenting in transnational adoption and more specifically in Belgian-Ethiopian adoptions. I interviewed parents from Belgium who adopted children from Ethiopia.

One of the main things that I observed was an enormous engagement and a very strong commitment of the parents to their role as carers. What is also interesting to notice is that care is a very broad concept. The meaning of care is much more than feeding children or taking care of children, there are a lot of other elements in it, and one element certainly is identity. The parents I met were also thinking about how to make their children stronger in their identity in relation to racism, for instance. Thus, one of the things which struck me was what I called *culture work*. Almost all parents who have adopted a child from Ethiopia engage in doing something with Ethiopian culture: they go to Ethiopian restaurants, listen to Ethiopian music, there are gatherings where they dress up in Ethiopian clothes and this kind of funny actions. This was a striking element in my research and what I have found out is that people are doing this mainly because they want to act upon the child's identity. It is a strategy against racism and negative representations of black people in Belgian society. They want their child to feel proud of his or her birth country. An important aim of my research was trying to uncover the problematic aspects of these practices as well as the potential for change, inasmuch as they both have interesting and positive elements as well as problematic aspects. I had to do a very multi-layered analysis in order to understand these practices. I guess this is the case in every research, but there are so many elements that come together in my subject to be considered. So I looked at these different elements that play a role in parenting work.

Parenting was one aspect of my research. Another aspect is the dominant discourse on belonging. Immigration in Belgium has been having the tendency to colour-blindness, non-racialism and white privilege. The neoliberal idea that everyone has the same chances in life is maybe the main ideological framework in Belgium. This is, I think, also the dominant ideological framework within which parents do their parenting work, sharing many of these ideas on the one hand, but at the same time trying to negotiate these ideas in very different ways.

What do you mean by colour-blindness?

The prevailing idea in Belgium is that racism does not exist anymore: it is not important if you are black or white, everyone has the same opportunities. However, this denial of race as something socially and politically relevant stands in contrast to the racial stereotyping, exclusions and discriminations that "non-white" people face. Critical race studies have identified a shift from race to culture in Europe (Balibar, 1992; Goldberg, 2006). Not race, but cultural difference is now considered the main obstacle to immigrant integration and culture has become the explanation for racial inequality. Also in Belgium there is the idea that culture is the main problem and that the exclusion of certain groups from the labour market, for instance, is due to their cultural background. As such, the cause of social inequality is shifted onto the individual who is said to have a problematic culture. The concept of colour-blindness refers to this denial of race by the racially privileged. Colour-blindness fits within an ideology of *happy diversity* that starts from the idea that colour is not important anymore, yet tends to deny the systemic inequalities based on race. It is interesting to look to the ambiguous stance of adoptive parents towards their children's so-called *birth culture* because, on the one hand, they think that culture is important for their children's self-worth and identity, but at the same time that cultural difference is something that is generally considered problematic. The adoptee is often seen as the ideal immigrant precisely because she has left her birth culture and she is no longer like other immigrants who continue to be engaged in their own cultures, and, because of that, face discrimination and exclusion.

One of the things that I observed in my research is the complex blurring of culture and race. The literature shows how parents who adopt a child from Russia are not interested in Russian culture at all because their children are white and for this reason culture does not represent an issue (Marre, 2007). In case of adoption from Africa, culture becomes an issue because these children are black. Thus, there is an ambiguity: while on the one hand culture is seen as a problem, as a source of racism, something to avoid, on the other hand the phenotypic features of the child seem to impose a foreign culture, a foreign origin, a foreign place upon her. This is why adoptive parents believe they must incorporate the child's birth culture in their lives and they do

so in a celebratory way, reducing culture to a very superficial and non-problematic element. Anyway, it is a complicated issue involving a variety of different aspects.

Thus, if I understand, one important aspect of the care work that these parents do concerns how to deal with diversity, which maybe in these families is a more evident problem also in relation to skin colour.

Yes, absolutely, this is something that comes up during the process of becoming an adoptive parent, at the start of the idea that they want to adopt. Most of the parents in adoption go through infertility treatments and originally they want a child of their own. Then they decide: "Ok, maybe we can adopt a child", and they start thinking about how much difference they can take. They might start from the idea of a healthy white baby, but because of the decreasing availability of adoptable children worldwide, they change their preferences. While in the 1990s and early 2000s, adopting from Ethiopia was often a very deliberate choice (out of anti-racist motivations, philanthropic motivations, etc.), now there are so few options left. In 2013 more than 60% of all transnational adoptions in Flanders involved children from Ethiopia. The long waiting list and the decreasing number of adoptable children make prospective parents change the "difficulties" they are prepared to face: non-white children, older children, siblings, children with disabilities.

Adoption is a very supervised process: parents have to take a preparation course and they are evaluated. During the preparation course they learn that it is important to think of the cultural background of the child. As I said, it is a very ambiguous thing. Recently there has been again a discussion on racism in Belgium because the leader of the nationalist party said that racism is relative and is something that is used to hide personal problems; what he basically said was that each individual has the same chances in life and has just to take them. Such discussion has reinforced the general idea that racism is not really an issue. But at the same time, parents feel that they have to do something with this racial thing.

When you talk to black people, for instance, they will tell you that there is a lot of racism and discrimination. Belgium is not doing very well in terms of integration of people with an immigration background. There is a real issue and a real problem. One of the main critiques that I have on the whole process of preparing adoptive parents is that this is not really taken into account or they focus on the wrong things. Adoption is very much pathologized and mainly presented as an individual problem, I mean as a psychological problem so to speak. An individual who has been adopted is imagined as being uprooted from his or her birth country. This is considered traumatic and this is why the adoptee is considered susceptible to have a problem of attachment with the new family.

I do not say that it cannot be the case, an adoptee can have individual psychological problems, but the social issue and social problems are not seen at all. There is no training on issues such as racism for instance or problems on which we do research here, such as white privilege. Discourse analysis also could be very helpful for adoptive parents in order to think of what they are conveying through what they say. For instance, in one of my articles (De Graeve, 2015) I discuss an interview fragment in which I was having a conversation with a couple of adoptive parents, and the adoptive son was also present. They were talking about racism in school and said: "Well, our son does not face a lot of racism, it is much worse for the Muslim children in his class". "This is because of the culture, because they have a Muslim culture" they said, without realizing that they were implicitly stating that cultural difference is undesirable. In that same conversation these parents also told me that they were interested in Ethiopian culture and they wished their child too would get interested in Ethiopian culture, though he was not. You can see the ambiguity that I was mentioning before: on the one hand the parents say that culture is a problem inasmuch as it is a source of racism, but on the other hand they are in some way essentially connecting their child to his birth country's culture because he is black, so he has to be interested in Ethiopian culture.

Another thing that may be interesting to say and was an important element in my research concerns the issue of belonging in relation to immigration, which I address also in my new research subject on unaccompanied minors. In this regard, as I was saying, it is interesting to see how adoptees are somehow set apart from immigrants. They are not generally seen like immigrants, they usually do not see themselves as immigrant, they even distance themselves from immigrants and are scared to be mixed up with immigrants. An important part of my work was to explore what this denial of the immigrant status is doing and how it can be helpful, both on a theoretical and a practical level, to look at adoptees as immigrants, because they *are* immigrants, they are even first generation immigrant, which is interesting¹.

¹ De Graeve's work on experiences of transnational adoption casts light into ways of symbolizing the cultural and ethnical diversity, which are relevant to our understanding of social coexistence more widely.

She points out how significantly, in the discourse of the adoptive parents that she interviewed, culture is often invoked as an ahistorical and acontextual dimension: it is represented as a prerogative of the child, a characteristic of the

I have looked to how parents are dealing with culture on the one hand but also with charity on the other. Adoptive parents are usually engaged with charity and they are supporting different kinds of projects in Ethiopia. Through the adoption of their child they see themselves as connected to Ethiopia and feel obliged to support the country. I have looked to this type of transmigrant activity. It can be considered as a sort of transmigrant activity because it is very similar to what migrants do as well, I mean in terms of a stream of money going from migrants to their country of origin.

This connection between immigration and transnational adoption is what brought me to my postdoctoral project on unaccompanied minors.

There are a lot of similarities between the two groups of children: they both come to Belgium separated from their biological family; they do not come exactly from the same countries but from similar countries, in the South and the former Eastern bloc. At the same time, the way in which they are conceptualized and the way in which they are received is so dramatically different. This was a very interesting thing to investigate. Adoptees become a kind of a treasure, something that is seen as a value because there is a need in white middle-class families to complete their family. While, on the one hand, there are extremely long waiting lists of adoptive parents and there are not enough children, on the other hand a lot of children are coming on their own and they are not wanted here, and they are sent back as much as possible. Because of children rights-related issues we have to take care of them until they are 18 and then we can send them back.

What is also interesting to notice is that the whole discourse on adoption emphasizes that what a child really needs is a family. The best context to raise a child is the family context and there is a whole discourse on children who need a family and orphan children in poor countries who are not properly cared for, so we help these children. On the other hand, unaccompanied minors are almost always received in institutions and for them there is no discourse on their need for a family, they do not seem to need a family. Most of these minors are teenagers and this is of course a different age and they are not seen as easily malleable. But almost a quarter of them are younger than six, so there are also young children, but the problem in Belgium is that there are not enough families for foster care and these children have to compete with other children in Belgium who need a foster family.

May I ask you to tell us something more about the legislation that you were mentioning according to which Belgium is obliged to take care of unaccompanied minors until they are 18 and later these people can be sent back to their countries of origin?

Well, unaccompanied minors are first and mostly seen as immigrants and their stories are treated in the same way like other immigrants or refugees. There are international conventions according to which States have to take care of these minors until the age of 18, so even if they have not a permit they can stay in the country, in a sort of extra-legal condition, because they are not yet 18. There is a wide debate on this issue because, of course, it is very problematic and contingent. It makes being less than 18 very attractive and many of these minors are teenagers but their age is not very clear because they come from countries that even do not know how old they are exactly. There are now tests based on radiography that are employed in order to determine their age. Also the guardianship of these minors within the guest country is supposed to stop the day they become 18.

This was one of the ways through which an *ethics of care* became an important concept in my research, because what is now used instead is primarily an *ethics of rights*. So, unaccompanied minors are seen as bearers of rights: because of their age they have certain rights. Such perspective envisages groups of children, categories of children within which everyone has the same rights and it is all about doing the same for everyone.

individual, of her or his lifestyle, a personal asset; in other words something that can be given or removed. This is in line with what De Graeve calls “consumerist tendencies to deal with difference in Flanders – in which diversity is idealized, but reduced to a choice from a variety of consumerist ethnic entertainment” (De Graeve, 2013, p. 6).

Culture as history of the relationship between European and African countries, which also means a political past of colonialism, seems to be obliterated. In the same way, culture as the present history of the relationship between these parts of the world, which includes today immigration as its most prominent feature, tends to be obliterated. Parents highlight how their children have been immersed in Flemish culture and habits, from childhood, and are therefore socially perceived as insiders, which protects them from the racial stigma (De Graeve, 2015). At the same time – like De Graeve is going to discuss in the aftermath of this interview – as a part of a wider public representation that focuses on adoption as an alternative form of reproduction, “many people do not even see the connection between transnational adoption and immigration” (De Graeve, 2015, p. 10).

I thought that it was interesting to investigate what an ethics of care could do and I interviewed guardians of unaccompanied minors focusing in particular on guardians who have only few children under their care. Guardians are people in the guest country who are formally entrusted with taking care of these minors in various ways. Most of the guardians I spoke to are retired people who want to do something good and therefore decide to take care of a couple of unaccompanied minors. They put a lot of effort and a lot of commitment in it, and really do this with their heart. I thought that it was interesting to look at how they look to these minors and in what their perspective as carers is different from the conventional ethics of rights' perspective. When the minors become 18, many guardians continue their guardianship, not officially but they just do it on a voluntary basis because they know that the minor still needs care. It is not because a person turns 18 that he or she has suddenly become mature enough to be on her or his own.

There are different types of guardians in Belgium. There are the employee guardians who have a wage and take care of about 25 children. Then, there are the independent guardians who can have up to 50 children. Some of them are lawyers and they do this as a way to earn extra money. Maybe they are doing a good job, in the sense that they take care well for the different procedures concerning the minor, but there is no real relationship; many of the minors have seen their guardian only once or twice. Within the group of the independent guardians there are also people who have many pupils, but some take care only of a couple of minors. For them, money is not their incentive, often they want to do something meaningful in their life after retirement. As long as they have no more than 3 unaccompanied minors, they are called voluntary guardians. There is an ongoing discussion now on professionalization and European streamlining of guardianships. In the Netherlands, for instance, there are only employee guardians and there is a tendency also in Belgium to consider the voluntary guardians as less professional. Moreover, the different types of guardians implies that the unaccompanied minors are treated in an unequal way: some guardians invest so much time and really develop a kind of kinship relationship with their pupil, some others not. Therefore, it seems to be very unequal, like a lottery. When you come here as unaccompanied minor you can be lucky, and have a very good guardian or you can have bad luck and have one who just takes care of your procedures. I think it is interesting to see how something that is basically good (the former unaccompanied minors in my study seem to consider the emotional involvement of care givers most important), is threatened to be abolished because it is considered unfair. This kind of issues touch upon the limits of the ethics of rights and point to what the ethics of care can teach us².

Could you tell us how these children arrive in Belgium, through which pathways, and what the term "unaccompanied" exactly means?

It is a very diversified group; their experience can be very different. They are called unaccompanied when there is no legal representative, no parents and no legal guardian, but sometimes an uncle accompanies them for instance. Here again, in Belgium there is a strict view of what a family is, ethnocentric views of the nuclear family are used to define what makes an appropriate supervisor of the child. However, in these cases

² The debate on the *ethics of care* started in the early Eighties with the work of the American psychologist, feminist and ethicist Carol Gilligan. In her book "In a different voice" (1982) Gilligan challenged the model of moral development proposed by her mentor and colleague Lawrence Kohlberg. According to Kohlberg, human moral development, from infancy to adulthood, follows a pathway made of six culturally universal and progressive stages (Kohlberg, 1973). Differently from children and adolescents, adults' moral judgement is no longer ruled by particular and contingent criteria, like the fear of punishment, the desire to secure others' approval and love or the pursuit of self-interest, but rather by a set of self-imposed universal ethical principles that – in accordance with a Kantian moral perspective – transcend all conventional moralities. Kohlberg's studies also suggested that the moral reasoning of girls, because of its prevailing preoccupation with immediate relations, tends to progress more slowly in reaching maturity with respect to boys. Gilligan argued that what Kohlberg misinterpreted as a slow development was actually the expression of a "different voice", a feminine way of conceiving moral judgements that emphasizes actual relationships and responsibilities between people. The care perspective was an alternative, but equally legitimate form of moral reasoning obscured by the dominant language of traditional ethics - namely, a language of justice that stresses rights and rules (Tong & Williams, 2014) as disembodied corpora of ethical principles.

Although criticized for essentializing gender differences, Carol Gilligan's work on care ethics has inspired a rich tradition of scholarly research and cultural debate. The need to search for a relational model of moral agency, one of the fundamental insights of care ethics, has been a relevant point in feminist ethics and philosophical debate more generally (Tronto, 1999). Such hypothesis continues to offer a promising perspective in order to critically review the status the Western cultural tradition has granted to autonomy and independency, as "the pinnacle of human achievement, the source of human dignity, the mark of moral maturity" (Keller, 1998, p. 154) while the capacity to form and maintain relationships, although equally essential to human life, has historically received little attention.

unaccompanied minors usually stay with their family, not in institutions, yet they do get a legal guardian. The majority of unaccompanied minors are boys from Afghanistan and often have been sent to Belgium by their parents who hope they will find a better future. Their migratory trajectories can be very different, they travel by boat, by plane, with the help of smugglers, etc. Some come accompanied by their parents, but when the parents are expelled from the country they decide to leave their children here because children have more rights and cannot be sent back, and they hope to offer them more chances in life. I interviewed a family who had an unaccompanied minor in foster care, a boy from Kosovo. In this case the boy came with his parents to Belgium. When they were expelled from the country, they decided to leave him here. The boy had a very good relationship with his sports teacher, and they told the boy that he had to ask his teacher for help. The sports teacher and his wife had never considered having a foster child, but when the boy appeared at their door, they decided to take care of him. It was something that just happened to them. The boy was 16 years old. Now he is part of their family and seems to be fine with it.

This was one of the things that stroke me when I compared the two groups of children. On the one hand, there are so many problems in adoption, with the long waiting lists, the huge demand for adoptive children, but also the irregularities, cases of abductions, falsifications, and so on. On the other hand, there are the unaccompanied children, who come to our country voluntarily in high number. There must be a way to rethink the transnational care for children.

When we go beyond the ideal of the nuclear family and the ideal of one's own child in an exclusive relationship with the parents, there could be other possibilities of taking care of children in a transnational way. There must be more and other possibilities of taking care of these unaccompanied minors for instance. I think there is a need for rethinking that and questioning these compartments of different kinds of children and different kinds of care and care needs.

Did you explore how the guardians or the foster parents represent themselves in their role as carers?

This is an interesting question and something that I have explored in this research, and I had already explored in my research on adoption: the way care can be a means of citizenship production or identity production, or construction. What was striking in the interviews with the guardians was how they presented themselves as good citizens, middle-class, and even cosmopolitan subjects, people who are open to the world, who are philanthropic and are doing something important. A guardian for instance said: "When I retired I wanted to do something important. When my mother was dying, I saw people taking care of her in the hospital, fluffing up her pillow. It is very good that these people were willing to do that, but I wanted to do something "important, something with responsibilities". You must know – this was also striking – that the majority of the guardians with whom I talked were men. Guardianship seem to be a very male way of caring. It is not only about fluffing up pillows but involves a lot of procedures and legal issues. And by saying that he wanted something with responsibilities he was implicitly stating that other forms of caring do not involve any responsibility. Most of the guardians were retired from very well paid jobs. One of them was a high officer in a military body, one worked for the European Commission, there was a teacher, and most had very good jobs. Guardians must learn a lot of complicated procedures and at least they must want to do this kind of investment in learning about all these procedures. It is something that I guess people who are uneducated maybe do not dare to do. For example, some of the guardians referred to another guardian who apparently is a hairdresser saying that she was doing very well but implying that she was a kind of special case.

It is evidently a site of construing themselves as good citizens and let us hope it also helps the citizenship of the minors.

This identity building is something that I also explored in my study of adoptive parents; I investigated how parenting is a site of identity construction. There are quite some similarities between the two groups. Many guardians compared their task with parenting, so they also see the similarities, although it is completely different in terms of engagement since the minors do not live with the guardian, so it is a different type of relationship.

This special issue of RPC intends to explore to what extent and how care practices are socially changing. In this respect, one crucial question certainly is how the relationship between care and citizenship comes up today as a political problem. I am very interested in the social and political implications of care, which clearly emerge from your discourse. In these contexts – especially guardianship but also transnational adoption – care seems to be experienced as a profoundly personal but not at all private task, while generally

parenting can be experienced mostly as a private issue, something that concerns basically me, my family, my closest friends and social networks.

This is very interesting. Such experience of privateness, this not seeing the political implications, seems to be mainly something people of the privileged middle-class milieu might feel. Research on parenting in migrant mothers for instance has shown how the migrant mothers consider their parenting as a way of acting upon identity and making their children proud of themselves. I wrote an article with Chia Longman and Tine Brouckaert on the citizenship potential of parenting (2013) and in that article we build upon the ongoing discussion on the political nature of parenting, and the question of when exactly parenting is something political and when it is not. Ruth Lister (2007) considers parenting as something political only when is done from a subaltern position. I am inclined to say that it is always a political issue but when you are from a privileged position you are not aware of it. Nonetheless, in some way you are teaching your child to be a privileged white person; you give the privilege to your child through the way you raise your child. This process became more visible in the adoptive parenting work that I studied, as the adoptive parents are only able to pass on their privilege partially. They also are teaching their child to be a middle-class person but they cannot pass on their whiteness. Peggy McIntosh's concept of *knapsack of white privilege* is very useful here. It seems that transracial adoptive parents are able to pass on to their children that knapsack only partially because there is this difference of colour and other physical features. Thus, at that point they become conscious of their acting in a political way, so to speak. When you are in a privileged position you are not aware of the political meaning of your actions because it seems so evident, something that just happens, and you are not fighting a struggle or anything similar. It is just to be white middle-class and you can give it to your child without being conscious of that. I think that in adoptive families this is something that becomes very visible³.

This division between the public and the private is so pervasive and we have learned it already for such a long time that these concepts are very strong. But at the same time it is so obvious that they cannot be separated. As we said, parenting is generally considered as something deeply private but at the same time it is so much supervised and seen as something that the State must control. Think for instance about the discourse on migrant youngsters who are hanging around in the city. Here in Flanders they call it "hangjongeren" which means "hang-around youth": it is depicted as a problematic behaviour, and it is often the parents who are blamed for not keeping their children off the streets. There are many examples of how the private and the public are divided and connected at the same time.

In Japan, for example, quite an opposite problem has been taking centre stage in these years. It is called "hikikomori" and refers to teenagers who withdraw from school and any other social engagement, and stay at home, closed in their room (Tajan, 2015). It appears like a very problematic behaviour and here again

³ In a memorable essay of 1988 "White Privilege and Male Privilege: A Personal Account of Coming to See Correspondences Through Work in Women's Studies", Peggy McIntosh shows how systems of oppression rely upon two fundamental mechanisms. The first is visible: there are active forms of oppression, disadvantage, constraints to which low-power groups are susceptible. The second is invisible because embedded in every-day life, it makes part of the social order that the members of the dominant group are accustomed to take for granted. According to McIntosh white people are not taught to recognize how their status as white people confers on them many privileges, because, on the contrary, since school they are taught to think of their lives as morally neutral, normative, and average. The invisibility of the white privilege is at the basis of an involuntary oppressiveness which seems much more difficult to challenge than active oppression because its very existence coincides with its oblivion. In her article she tries to unpack this invisible, weightless *knapsack of white privilege* by listing 46 actions and conditions of her daily personal experience that once she took for granted as neutral, normal and available to everybody while they are not. We give here an extract from McIntosh's list (pp. 5-9):

3. If I should need to move, I can be pretty sure of renting or purchasing housing in an area which I can afford and in which I would want to live. [...]
6. I can turn on the television or open to the front page of the paper and see people of my race widely represented. [...]
13. Whether I use checks, credit cards or cash, I can count on my skin color not to work against the appearance of financial reliability. [...]
15. I do not have to educate my children to be aware of systemic racism for their own daily physical protection. [...]
41. I can be sure that if I need legal or medical help, my race will not work against me. [...]
46. I can choose blemish cover or bandages in "flesh" color and have them more or less match my skin.

Acknowledging the substantial condition of inequality which unapparently permeates every-day life means to McIntosh, as immediate consequence, questioning the myth of a meritocratic society.

parents are encouraged to correct it and to solve somehow the problem. It seems like specular to hanging around.

Yes, hanging around is mainly connected to migrant populations. The so-called “autochthonous” people are constructed as people who stay inside, who do not cause trouble, while immigrant children hang around and cause a lot of problems.

It is also interesting to consider how this is connected with the problem of moralization of care. Especially mothering is very much a site of moralization and it is disguised as scientific truth in many cases. I think of the debate on breastfeeding for instance. Every decision a woman has to make is presented no longer as a choice but something that is scientifically proved: you have to breastfeed your child because it is the best for the child. So, it is no longer a matter of practical choice. In fact it becomes a very moralized choice. It can have far-reaching implications for a woman, for her ability to go to work for instance, for her career. But these considerations cannot really be taken into account faced with objective, scientific arguments that have proven that breastfeeding is good, and formula is bad. This is something that you can constantly see, this scientization and psychologization of parenting, of every decision that parents have to make⁴. In adoptive parenting this is even pushed to extremes. As adoption as such is already constructed as inherently posing a psychological problem, adoptive parenting is seen as an extremely difficult task that needs a lot of emotional investment, and must be intensively guided by expert help.

There is a lot of work now on these themes, which has been very important for my understanding, like the work on intensive parenting⁵ and also parenting as a means of identity construction. Parenting is not simply about rearing children, the type of parenting people adopt has become part of identity constructions. Think for instance about the discourse on “tiger” parenting, attachment parenting, etc. It is interesting because apparently never in history so much time and energy have been invested in children, as it is the case now. Historical research shows that in the past it was not such a huge thing like it is now. Parenting is now seen as something so extremely important and psychology has played a crucial role in this process, like Michel Foucault and Nicholas Rose wrote in a very interesting way.

What do you think such interest in infancy and childhood might mean?

This is a good question. It is very interesting to see how although women are much more involved in paid work than in the Sixties or Seventies, parenting has intensified and has even become more demanding. This is very interesting and seems like a mechanism to suppress women, or something similar. Women much more than men are asked to give account for the way they combine family and career. Men with careers are seldom asked how they deal with the care of their children for instance. It is mainly women who are held responsible for childcare. Moreover, although men now take up more parenting tasks, this does not seem to diminish the work of women. It seems that the parenting work has expanded, more work that parents must do to be good parents has been created. Women basically continue to do what they did in the past, while men are doing other things, they play with the children and bring them to the sport clubs, or other extra-activities. But, what does it mean? I do not know.

It could also be related to what we were saying before, I mean the problem of dealing with diversity. At a symbolic level, infancy or childhood seem to represent a sort of primary site of origin and identity that should be protected and controlled resorting to all means in order to guarantee our future.

The idea of attachment and the first years of infancy as a crucial phase in development have played an important part in the expansion of what is considered “good” parenting. Frank Furedi’s “Paranoid parenting” (2001), for instance, shows an interesting perspective on this. It is a critique of how we are exaggerating the role of parents and how this whole idea is justifying an extreme supervision of children. Furedi argues that the current exaggerated supervision of children might be harmful, but it is considered fine and sensible.

⁴ For a critical reflection on the social scientific debate on psychologization of social life, see Renzo Carli’s Editorial in the Special Issue of *Rivista di Psicologia Clinica* dedicated to the contemporary relevance of psychology and its contribution to social coexistence (Carli, 2013).

⁵ In her work *The cultural contradictions of motherhood* (1997) Sharon Hays traces the historical and cultural pathway to what she describes as an ideology of “intensive mothering”, that is the idea that a good mothering must be “child-centered, expert-guided, emotionally absorbing, labor-intensive, and financially expensive” (Hays, 1996, p. 8). De Graeve and Longman (2013) analyze how adoptive parents assume such ideological framework in order to legitimate their choice of transnational adoption.

In my research on adoption I found an example of extreme supervision that is justified by a language of pathologization and medicalization of adoptees. Several of the parents in my study told me that after the arrival of their child, they organized a six months period of so-called “quarantine”, in which they tried to be alone with their child as much as possible, and, in the most extreme cases, even asked other people not to have eye contact with the child. This measure is meant as a preventive treatment of the attachment disorder the child is most likely to have and to “discipline” the child in an exclusive relationship with her parent. Some of the parents did even not allow the grandparents or other family members to come and see the child during the first months. This is an extreme example, but so many parents go along with it as it overlaps with the general discourse, the dominant discourse in adoption. The dominant discourse shares the same basic ideas. The main theoretical framework that is used to prepare adoptive parents is attachment theory, the development stages of the child must go towards the development of a healthy attachment and the first months of the child’s life are considered extremely important. It also shares the assumption that the exclusive nuclear family is the best, and the natural unit to grow up. Furthermore, it shares the ideology of intensive parenting in a society full of risks, which justifies excessive child supervision. Nowadays, it is considered fine not to allow your child to walk to school alone for instance. Some time ago, a couple was in the media because their children of 6 and 8 were going to school on their own by bike and this was considered a scandal.

Of course, this also implies a lot more work for parents: when your child cannot go alone, you have to bring her, which increases the workload of parents. I think this is really interesting also in the light of women going out to work, and of how this has gone hand in hand with an intensification of parenting.

How do you think the scientization of care that we are discussing is related, if it is, to the ethics of rights that you mentioned before? Expert knowledge seems to be an important organizer of parental choices on the one hand, as much as right on the other. I am thinking for instance of the concept of reproductive rights⁶. When having a child is treated in terms of rights, which are the implications in your view?

The way we treat children today can somehow violate some of the basic rights of children, the right to privacy for instance or the right to their own life, I mean to organize their own life. We keep children very childish, I think, in many ways.

The concept of reproductive rights is highly contested in adoption circles but I think in practice it is the main driving force in the whole transnational adoption business. On paper adoption is about children rights and child protection: we are searching parents for children and not the other way around. But the policy in Belgium shows that this is not entirely true. What is now happening is that the government has decided to actively search for new channels to satisfy the increasing demand for adoptable children. This is stated in the new policy document of Belgian government; it literally says that adoptive parents *must* be able to rely on sufficient, well functioning and trustworthy adoption channels. I think this is very problematic, especially in the light of the Hague Convention on transnational adoption written in the Nineties, and ratified by Belgium⁷. The Hague Convention embraces the principle of subsidiarity, which prescribes that for children who cannot live with their biological family anymore, a solution must be found in the country of origin first. This convention has helped to increase the number of domestic adoptions, in China for instance where there were no domestic adoption in the past. According to the convention, transnational adoption can only be a second choice, an option of last resort so to speak. Only institutional care is considered worse. The convention turns transnational adoption in a (undesirable) placement option in the child welfare system of a sending country, not as a reproductive option in rich Western countries. But the Belgian policy seems to embrace the second interpretation.

What is also interesting is how institutional care even in the Hague Convention is considered as worse than transnational adoption. This shows that the template of the nuclear family is still very important.

One of the things that I have showed is problematic in adoption (and probably in parenting more general) is that children are too much considered as a possession of the parents and that parenthood is seen as an exclusive relationship. It is this kind of conceptualisation that makes the multiple parenthood in adoption such a difficult thing. Even though the current discourse says that it is important to take the past into account

⁶ On the concept of reproductive rights in the context of transnational adoption, see Rickie Solinger’s book *Beggars and Choosers: How the Politics of Choice Shapes Adoption, Abortion, and Welfare in the United States* (2001). In this work, the author discusses how one woman’s possession of reproductive choice, in the richest countries of the world, may actually depend on or deepen another woman’s social and reproductive vulnerability, in the poorest countries.

⁷ The Hague Convention of 29 May 1993 on Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption (Duncan, 1993).

and have respect for the adoptive children's birth parents, in most cases ties with the birth family are broken and adoptive parents and children often even do not know who the birth parents are. An increasing number of adoptees are engaged in research on adoption now, and they have been doing very interesting work. Some of them have been very important in the post-colonial critique of transnational adoption by designating transnational adoption as a neo-colonial transfer of goods, children as goods, from the poor South to the rich West. Moreover, they have testified about their experiences and feelings of not knowing themselves due to clean break adoption policies that erased their birth ties in a cultural context that highly values blood relations and authentic national origins (Oparah, Shin, & Trenka, 2006).

Which trajectories of social change and development could you identify through your research?

What we see in many of the traditional "receiving" countries is that the number of adoptions has dramatically decreased. Last summer I participated in the International Forum on Intercountry Adoption and Global Surrogacy in The Hague and I heard one of the other participants say: "What we have accomplished in transnational adoption research is that transnational adoption has almost come to an end but with the proliferation of global surrogacy we have got something worse instead".

Partly as a consequence of the diminishing of transnational adoption, global surrogacy is booming. There are Indian clinics, for instance, in which women stay to grow the embryos of rich North Americans or Indians; embryos that have been produced with the help of (often white) egg cell donors. This is a very complex practice driven by unequal global power relations and a neoliberal global market, which raises complex ethical issues and questions regarding how free a choice is. It also raises questions on how to deal with the new multiplicities it creates: a child can have different genetic, gestational and social parents. How is it going to be dealt with this multiplicity? Who will be considered a mother and who is not, and what consequences this will have on the identity work of parents and children?

In my research I want to investigate how to find other ways of caring for children, by changing our way to look at children and family, beyond the ideology of exclusivity within the nuclear family. I want to find out what leaving this framework can bring about. Are there any other options that could be better for children? Can we find better ways to take care for the unaccompanied minors, the ones who come to Belgium voluntarily and are now often being sent back? My interest is mainly in fundamental research, I am investigating things mainly on a theoretical level. However, I think that things are changing, and in transnational adoption for instance things have already changed in some ways. I see a lot of willingness among adoptive parents to be in contact with biological parents for instance, as well as there is willingness among birth parents to be in contact with the adoptive parents, although this willingness is still not structurally supported. I also heard in my research on unaccompanied minors that in spite of the structural barriers that hamper the development of durable and meaningful care relationships, some of the unaccompanied minors are able to build strong ties with social workers, guardians, or with volunteers. These ties were often described by the former unaccompanied minors as meaningful and positively affecting their feelings of belonging, and were sometimes even qualified as *kin-like*. So things happen, which means that change is possible.

References

- Balibar, E. (1992). Is there a "neo-racism"? In E. Balibar & I. Wallerstein (Eds.), *Race, nation, class: Ambiguous identities* (pp. 17–28). London: Verso.
- Carli, R. (2013). Editorial. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-4. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/rpc/index>
- De Graeve, K. (2013). Festive gatherings and culture work in Flemish-Ethiopian adoptive families. *European Journal of Cultural Studies*, 16(5), 548-564. doi:10.1177/1367549413476009
- De Graeve, K. (2015). "They have our culture". Negotiating migration in Belgian-Ethiopian adoption. *Ethnos*, 80(1), 71-90. doi:10.1080/00141844.2013.813565
- De Graeve, K. & Longman, C. (2013). Intensive mothering of adoptive children in Flanders, Belgium. In C. Faircloth, D. Hoffman, & L. Layne (Eds.), *Parenting in Global Perspective: Negotiating Ideologies of Kinship, Self, and Politics* (pp. 136–150). London: Routledge.

- Duncan, W. (1993). The Hague Convention on the Protection of Children and Co-Operation in Respect of Intercountry Adoption. *Adoption & Fostering*, 17(3), 9-13. doi:10.1177/030857599301700304
- Furedi, F. (2001). *Paranoid Parenting: Abandon your anxieties and be a good parent*. London: Allen Lane.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goldberg, T.D. (2006). Racial Europeanization. *Ethnic and Racial Studies*, 29(2), 331-364. doi: 10.1080/01419870500465611
- Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. New Haven: Yale University Press.
- Keller, J. (1998). Autonomy, Relationality and Feminist Ethics. *Hypatia*, 12(2), 152-164. doi:10.1111/j.1527-2001.1997.tb00024.x
- Kohlberg, L. (1973). The Claim to Moral Adequacy of a Highest Stage of Moral Judgment. *The Journal of Philosophy*, 70(18), 630-646. doi:10.2307/2025030
- Lister, R. (2007). Inclusive citizenship: Realizing the potential. *Citizenship Studies*, 11(1), 49-62. doi:10.1080/13621020601099856
- Longman, C., De Graeve, K., & Brouckaert, T. (2013). Mothering as a citizenship practice: An intersectional analysis of “carework” and “culturework” in non-normative mother-child identities. *Citizenship Studies*, 17(3-4), 385-399. doi:10.1080/13621025.2013.791540
- Marre, D. (2007). I want her to learn her language and maintain her culture: Transnational adoptive families' views of “cultural origins”. In P. Wade (Ed.), *Race, ethnicity and nation: perspectives from kinship and genetics* (pp. 73-93). New York, NY: Berghahn Books.
- McIntosh, P. (1988). *White Privilege and Male Privilege: A Personal Account of Coming to See Correspondences Through Work in Women's Studies*. Working paper N. 189. Wellesley, MA: Center for Research on Women, Wellesley College.
- Oparah, J.C., Shin, S.Y., & Trenka, J.J. (2006). Introduction. In J.C. Oparah, S.Y. Shin, & J.J. Trenka (Eds.), *Outsiders within: writing on transracial adoption* (pp. 1–15). Cambridge, MA: South End Press.
- Scuzzarello, S. (2009). Multiculturalisms and caring ethics. In S. Scuzzarello, C. Kinnvall, & K.R. Monroe (Eds.), *On behalf of others. The psychology of care in a global world* (pp. 61–81). New York and Oxford: Oxford University Press.
- Solinger, R. (2001). *Beggars and Choosers: How the Politics of Choice Shapes Adoption, Abortion, and Welfare in the United States*. New York: Hill and Wang.
- Tajan, N. (2015). Social withdrawal and psychiatry: A comprehensive review of Hikikomori. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(5), 324-331. doi:10.1016/j.neurenf.2015.03.008
- The Hague Convention on Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption (1993). Retrieved from http://www.hcch.net/index_en.php?act=conventions.text&cid=69
- Tong, R., & Williams, N. (2014). Feminist Ethics. In E.N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall ed.). Retrieved from <http://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/feminism-ethics/>
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. London and New York: Routledge.
- Tronto, J. (1999). Care Ethics: Moving Forward. *Hypatia*, 14(1), 112-119. doi:10.1111/j.1527-2001.1999.tb01043.x

A research on the role of the Support Administrator from a psychological perspective

Rosa Maria Paniccia^{*}, *Cecilia Sesto*^{**}, *Fiorella Bucci*^{***}, *Luca Ruggiero*^{****}, *Nicola Leone*^{*****}

Abstract

The institution of the Support Administration in Italy makes part of a wider international movement of judicial innovation aimed at countering the marginalising effects related to the XIX century concept of insanity, and at maximally appraising residual abilities of vulnerable subjects as well as sustaining their autonomy. The research presented in this contribution wanted to explore the experiences that are accompanying the implementation of this new institute, through interviewing Support Administrators in the city of Rome. The collected interviews have been analysed through Emotional Textual Analysis. The law intended to set a bulwark in order to contain the medicalisation of fragility and to support people with a wide range of – also temporary and partial – inabilities in their social needs and life projects. With respect to such purposes, the research data show limited results. The intervention of the support administrators seems circumscribed to cases of highly severe invalidity and to basic administrative acts aimed at survival. The expectations of the assisted person are not considered in the intervention. The mandate towards the new institute existing in the healthcare field seems to find no response. The research findings show a fundamental contradiction: i.e. the institute of Support Administration has complex relational purposes but at the same time, it hampers the development of competence in dealing with relationships. Such contradiction finds its origin in a culture of solidarity that in Italy is in conflict with the employment of professional competences and prescribes instead the voluntary nature of the institute.

Keywords: safeguard; legal capacity; vulnerable subjects; rights of the person; relational resources.

Introduction

^{*} Associate Professor at the faculty of Medicine and Psychology of the University “Sapienza” in Rome, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology) and of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology), member of the Scientific and Teaching board of the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand. E-mail: rosamaria.paniccia@uniroma1.it

^{**} Clinical psychologist, professor in the Specializing Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological Clinical Intervention and Analysis of Demand, Editor of *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* (Cahiers of the Journal of Clinical Psychology). E-mail: sestoce@alice.it

^{***} Clinical psychologist, Specialist in psychoanalytic psychotherapy, Editor of *Rivista di Psicologia Clinica* (Journal of Clinical Psychology). E-mail: fiorella.bucci@gmail.com

^{****} Psychologist. E-mail: lucaruggiero1989@gmail.com

^{*****} MA in clinical psychology, European volunteer at AEVA-EPA (Escola Profissional de Aveiro), Portugal. E-mail: nicola.leone88@gmail.com

Paniccia, R.M., Sesto, C., Bucci, F., Ruggiero, L., & Leone, N. (2015). Una ricerca sul ruolo dell'Amministratore di Sostegno da una prospettiva psicologica [A research on the role of the Support Administrator from a psychological perspective]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 89-117. doi: 10.14645/RPC.2015.2.591

Law n. 6/2004 introduces in Italy the Support Administrator institution (*amministratore di sostegno*).

1st art. declares: “The present law aims to protect, with the lowest restriction of legal capacity, people completely or partially without autonomy in carrying out daily life functions through permanent or temporary interventions of support”.

Legal capacity is the ability of a person to take legally valid decisions, i.e. in exercising her own rights and carrying out her own duties. It is obtained at 18 years old, as soon as one reaches mental capacity, i.e. when a person is able to understand and recognise the value of her own actions (understanding), have self-determination (making decision), and responsibly represent herself. Legal capacity can be subject to age, illness or prodigality related restrictions¹.

Interdiction (*interdizione*) and incapacitation (*incapacitazione*)² are two traditional institutes used to restrict legal capacity. Interdiction is requested for people over 18 years old who are declared permanently insane; otherwise incapacitation can be requested for those who are declared not so heavily insane to be interdicted, or for those causing potential economical detriment (related to excessive prodigality, drugs or alcohol addiction) to themselves or their own families (Nicolao, 2010).

The new law, “faithful to the constitutional principles of personalism and solidarism”, as Nicolao underlines (2010, p.12), aimed to go beyond the old institutions of interdiction and incapacitation, founded on diagnosis of insanity or on incapacity, by introducing a legal deed able to safeguard in a more *inclusive* and flexible way people in condition of vulnerability (Piccinni, 2011)³.

Sinatra (2011) remembers the reasons for such innovation: lack of safeguard in a large range of disabilities not included in the old institutions, marginalisation risks for beneficiaries, focus only on a patrimonial logic. The author summarises the changes brought by the law as follows: respect for the dignity of the person and attention to the development of her personality are pointed out as central goals – next to the safeguard of family properties. The person and her rights are the new *North Star* orienting judges’ decision. Thus, protection is personalised, judges decide case by case, areas of incapacitation are *tailored*, the border between capacity and incapacity becomes *movable*. Moreover, Support Administration could be applied also to *compos sui* people, who are only physically crippled⁴, and disability could be not only partial, but also temporary. The use of interdiction is evocated in the debate as the *ultima ratio*, and always in the name of the person protection (Sinatra, 2011).

The Italian law on the Support Administrator is grounded in a more general movement emerging at the international level, aimed to countering the marginalising effects related to the XIX century concept of *insanity* and instead maximally appraise residual ability of the *weak* individual with the minimum sacrifice of his autonomy (Piccinni, 2011). This is part of an historical path recording first the medicalisation of insanity and related social organisations, then – with a peak in the ’70s – the rise of reform movements all over Europe fighting for the closure of mental asylums and the social rehabilitation of mental illness. Obviously, these changes cannot be linear and definitive: each step leaves marks stratifying the sense of the institutions

¹ Please note that interdiction, as we shall see in a moment, has its own origin in Roman law, where exclusion from family wealth management was applied only to those who squander family goods. The problem related to goods management and administration is still one of the parameter organising the actual debate on legal capacity, its restrictions and forms of safeguard.

² With the terms *interdiction* and *incapacitation* we refer to two specific Italian juridical measures *interdizione* and *incapacitazione* concerning the lack of mental capacity. For further information, see the Italian Civil Code, from Art. 414 to Art. 432, Capo II, Titolo XII, Libro Primo.

³ Although law n. 6/2004 has changed some articles of the civil code about interdiction and incapacitation, these two institutions are still in existence and reveal themselves competitors of the new institution in lack of an enough unanimous interpretation of the new law. Tutelary judges – that in the new law have a central function – although more inclined towards the new institution, tend to divide themselves between those who adopt the Support Administrator and those who refer to the old institutions. A proposal to abrogate interdiction and incapacitation is still under evaluation in the Italian parliament since 2008.

⁴ It is important not to underestimate the problem raised by the application of the new institution to *compos sui* people, especially if also the restriction related to physical cripple vanishes. See, for instance, the debate about the possibility to nominate a support administrator in order to implement advance decisions of treatment in health care; such matter arose in the practical application of the law, over the last decade, and concerns the relationship between Support Administrator and living will (Piccinni, 2014).

that we can experience today. In Italy, law n. 180/1978 determined the closure of mental asylums and started a system of community-based interventions; the intention was to set a bulwark in order to contain medicalisation, but at the same time, we can notice how medical discourse had made a job that left important traces. In law 180, social dangerousness – previously a central criterion within the concept of insanity – disappears and medical seriousness or emergency become the unique relevant criteria for evaluating cases of compulsory medical treatment. In this way it is bolstered an individual and acontextual reading which tends to forget the social dimension of the problem. Where are we today? Through the entire European space, attention and language shift again: from mental illness to disability, to non-self-sufficiency, and Support Administration precisely is part of this last transition that we will explore in the following steps of this paper. Support Administration is not only dedicated to illness neither to illness in itself, but to the everyday problems connected with illness and other vulnerability conditions.

As above mentioned, all across Europe, there have been judicial innovations in the safeguard of vulnerable subjects similar to the Support Administrator. However, if the language of rights that inspires such innovations, seems to point out the existence of clear and unifying values, on the other hand it is remarkable the huge variability of interpretations, experiences and operational problems that can be observed from country to country⁵.

In this paper, we will discuss the results of a research carried out in Italy and based on a group of interviews to support administrators working in Rome. The research is part of a wider intervention-research project exploring the relationship between hospital and territory in order to shed light on changes that are taking place in care and assistance practices⁶, within which support administrators have become an important component over the last decade. We will address the topic of the Support Administrator from a clinical-psychology perspective and through models of the individual and the relationship which are very different from the models used in the juridical discourse on the Support Administrator. Thanks to such a different perspective we hope to contribute to the debate on the theoretical and operational questions raised by the implementation of this institute.

Before presenting the research results, we propose some considerations about the social mandate of Support Administration⁷ in Italy, focusing specifically on the concept/value of solidarity and on SA's beneficiaries⁸.

About the concept/value of solidarity

The third and last principle of the 2nd art. of Italian Constitution concerns the *concept/value of solidarity*, as stated by one of its commentary of 2006 (Bifulco, Celotto, & Olivetti, 2006). The status of concept or thought on the one hand, and of value – i.e. something that has importance in itself and in the judgment of the people – on the other hand, determines the destiny of solidarity in our culture. If an idea has to be translated into praxis, what is necessary is a competence which might be able to produce solidarity within social relations on the basis of different kinds of knowledge (e.g. knowledge of contexts in which and methods by which pursuing solidarity). On the contrary, if praxis deals with a value, something already existing and even natural, its importance has to be recognised and protected: militancy, not competence, is the key.

The value of solidarity has gone through a well-traced path in the Italian juridical discourse. In the Constitution, solidarity is presented as a fundamental social duty, strictly connected to the inviolable rights of the person on whose primacy the Constitution itself is founded. The acquisition of rights through the social contract implies automatically the assumption of duties; a necessary relationship exists between the two terms, as reminded in the abovementioned Commentary (Bifulco, Celotto, & Olivetti, 2006). There are, for example, the duties of homeland defense, to vote, to educate themselves, to pay taxes, to accept compulsory medical treatment, to rescue those who are injured or in danger.

⁵ In this regard, see the report of Inclusion Europe (2007).

⁶ The research-intervention started in 2008 with a research concerning psychosocial risk in a Roman hospital, San Filippo Neri, followed by training and supporting interventions with the hospital specialist units. At the present time the exploration of new intervention settings is extended to the relation between Hospital and territory in the city of Rome. We collected interviews on the topic with: health staff of two hospitals (which are part of the research team), general practitioners, support administrators, citizens. The research team is composed by a Chair of Clinical Psychology at the Faculty of Medicine and Psychology of *Sapienza* University of Rome, the San Filippo Neri and the San Giovanni Calibita Fatebenefratelli hospitals, the Studio di Psicopsicologia di Roma.

⁷ From now on SA.

⁸ For a wider analysis of SA social mandate, see Panicia (2014).

There is also the duty of work; in the proper sense, and as free activity performed for objectives of solidarity. This aspect will be developed by the Italian jurisprudence that will go beyond the idea of a due solidarity in the name of a solidarity which becomes a natural, voluntary dimension, not imposed by law.

In 1991, the Constitutional Court, judging the framework law on voluntary work, affirms that volunteering is the immediate expression of the primordial social vocation of the human being and the most direct realisation of the principle of social solidarity. According to it, the person does not merely act for utilitarian purposes or imposition of authority, but for free and spontaneous expression of her inherent sociality.

Naturalised solidarity is placed in a different field from the competence to share and deal with problems within relationships. Modern solidarity, says a subsequent judgement (23 July 1992, n. 355), goes beyond the traditional idea of charity and assistance – as duties imposed by law – contributing to achieve the equality that allows the full development of personality. Solidarity, equality, volunteerism are closely related to each other and placed outside the area of professional competence and paid work; finally, they are opposed to the market, in the idea that societal power dynamics cannot protect the rights of the person.

Therefore the value of solidarity, based on a duty that from constricting becomes natural, in our culture is in conflict with every historicised and contextualised, organisational and relational competence that we might empower through training and professional interventions. The production of resources, within and through systems of competence, is proposed only in association with a distrusted market. These emotional categories have informed a great part of the Italian social and healthcare services, and the third sector, both within the Catholic and Left-wing tradition, and have strongly marked also the SA institution.

Law n. 6/2004 decrees the gratuitousness of the SA office, with the possibility of a *fair indemnity*: i.e. a flat-rate reimbursement, which is decided by the judge and, according to Infantino, is comparable to “those who are in suspense” (2012, p. 161, *own translation*). There is a compensation but no clear relationship between performance and indemnity, the latter depending not on professional actions and their product, but on a set of unpredictable circumstances where what counts most is the decision-making power of someone, in this case the judge.

The role played by support administrator does not constitute a professional performance, and, despite his professionalism and experience, he cannot be considered a work provider, but will remain an entity that carries out an assignment with the function of public interest and personal nature (Infantino, 2012, p.162, *own translation*).

The role of SA is primarily entrusted to the beneficiary’s family. Solidarity is modelled after the assistance of the traditional family, namely housewives’ dedication to the member in need.

If the family cannot assume this role:

[...] the following trends are currently registered: a) for beneficiaries with important assets: judges tend to appoint a professional for the role of SA, almost always choosing among the legal professions, also leveraging the fair indemnity; b) for beneficiaries with modest or non-existing assets [...] appointment of a public body, volunteer or association; c) [in situations of] highly conflicting family, for beneficiaries with psychiatric disorders and addictions: appointment of the Mayor or the General Director of the Local Healthcare Unit [Azienda Sanitaria Locale, ASL] – especially in cases of poverty – or appointment of a professional when asset management is needed (Ordine regionale degli assistenti sociali della Lombardia, 2014, p. 3, *own translation*).

However, the gratuitousness by law of the SA office is not enough to mitigate the distrust. We find in literature the idea that the professionalization of the figures of protection should be avoided because of “the risk that a business aspiring to fair indemnity would be established” and that intervention would be restricted only to asset management neglecting the care of the person (Ordine regionale degli assistenti sociali della Lombardia, 2014, p. 2, *own translation*).

For an assignment like this, the competence is an appreciated technique, especially juridical competence – the judge and the administrator will understand each other, and the juridical procedures will flow⁹ – but it is optional and can cause distrust. There are skills that one cannot learn and that are fundamental here. The special need administrator must have “heart, first of all, smile, willingness to listen, the ability to get

⁹ It must be considered that SA has made possible the access to judicial offices not only for Public Administrations which often are not equipped for such purpose, but also for ordinary people, without the professional, linguistic and cultural mediation of a legal consultant. These unusual users create difficulties to judges and chancellor's offices, which often have no resources to equip themselves with public assistance desks. Some territories are gearing up: see the example of Reggio Emilia with a help-desk of volunteers doing reception, information and assistance for the SA, on the basis of an agreement between Public Administration, volunteers’ associations and Court (Ramponi, 2014).

emotions from the role played, firmness. In short, we need the ‘carrot’ and, when necessary, even the ‘stick’, in a euphemistic sense” (Tagliaferri, 2010, p. 1, *own translation*).

Let us synthesize the problematic trends accompanying the gratuitousness: suspiciousness against professionals whose payment becomes greedy profit; indemnity that takes the place of payment becoming bad payment (no longer one knows whether too low or too high, according to who judges it, and in any case unclear, not guaranteed, without clear time limits and evaluation criteria); no hypothesis on the specific competence which are useful to take on the role of support administrator; ethics, good character, dedication to the individual in a state of minority as substitutes of the competence to deal with relationships within the specific questions raised by the law in order to avoid that minority would be produced; insistence on the traditional family and its suitability for the role of support administrator.

Who are the beneficiaries of the SA?

Let us continue exploring the culture of this institution through its promoter’s words. Paolo Cendon – Venetian jurist whose studies have long focused on the protection of vulnerable subjects – interviewed on the law¹⁰, remembered the important influence of the Basaglian experience – which brought *ahuman face* in mental health and an opening towards the territory, envisaging a right out of mental hospitals – and of the experience of countries such as France and Austria (Nicolao, 2010).

Even the choice of the name was not easy. How to call it? I remember it was a serious problem ... In the end I deliberately chose this one, a little red-tape, aimed to depersonalise a bit the assistance and remove the excess of “medicality”, focusing especially on the relationship between the person and the outside. By objectifying it, bureaucratizing it, scattering it across a number of things, madness was not anymore a curse inside the person, but became a series of bills to pay, of places to go, of fiscal tasks to handle, of appointments to take (e.g. to the dentist for the dentures), things-to-do and similar. [We wanted] to move downstream the effects of the hardship, whatever its origin was: psychiatric, sensory, muscular, anthropological, senile. [We did not want to label the person, who] became a disadvantaged person who had things to do but, for reasons that may not concern us, was not able to do them alone and needed someone who did them on her behalf: a kind of private secretary. This is the philosophy: very operational, very efficient (Nicolao, 2010, *own translation*¹¹).

Let us analyse some elements in this extract. It shifts the barycentre from the stigmatizing diagnosis to the disabling consequences of a problem that you deliberately ignore (*for reasons that may not concern us*), which have to be solved and without the need for a competence to intervene. Problem and intervention methods are replaced by the rights/duties of the human person and solidarity, where the person is an individual with clear, conformistic and a-contextual desires. It is assumed that desires do not need the relationship with others in order to define themselves; on the contrary, they are more or less in conflict with the obstacles that the relationship poses to their realisation. Going back to Cendon:

The great discovery [...] is that you have in front of you someone who is unwilling to throw away his life. He feels to be alive, he wants culture, education knowledge, love, tenderness, sex, kindness, friendship, even holidays, mum, dog, his own house [...] He is a desiring individual exactly like me; there are obstacles that prevent him from realizing this combination, and the task of the judicial protection is to remove these difficulties (Chiaravalle, 2012, *own translation*¹²).

The underlying model is that having less power in the relationship turns more difficult the realisation of your own clear desires. Weak people are supported in the conflict and defended in their rights without flaunt their weakness, so not to worsen their minority, and making sure that those who support them do not abuse of their power. Stigma, abuse of power, hostility in the relationship are always lurking.

But who are the *weak individuals* to which the institution is directed? With the development of the law on SA a remarkable effort of acknowledgement and conceptualisation concerning social fragility has been made, as well as concerning in which conditions the *legal capacity* of a person weakens up to produce marginalisation, and how to build services in order to face such conditions.

¹⁰ We refer here to two interviews: Nicolao (2010) and Chiaravalle (2012).

¹¹ Web-document without page.

¹² Web-document without page.

In the proposal to abrogate interdiction and incapacitation, in 2007, Cendon specifies that weak people are not just *mad people*. *Anthropological-functional standards* should be set up for the identification of weak *individuals*. We will not take into consideration only:

intrinsically frail/disadvantaged people, maybe the “different” and the unhappy people of Lombrosian memory: individuals being in conditions of difficulty as a result of real clinical diseases or because of physical or mental problems which grieve them. It is necessary to refer, more widely, to “weakened people”, i.e. beings that appear poor of citizenship, precarious, segregated or isolated, left to themselves, deficient or depending on others; i.e. individuals who, being unable to “make it” by themselves in managing the steps of everyday life (because affected by physical or mental, or sensory, or logistical, or age-related impediments), still not find, all around, in the organized community, valid supports which might enable the realization of their own, more or less complex or ambitious, life project. [We must also consider] the people who are “so-so” – as well as the total sum of beings that, for various reasons, are without the relational autonomy and the “bureaucratic fragrance” which are necessary to properly conduct everyday life. [Thus, it would be included] types of “worldly” occlusions, accounting apnoeas, micro-displacements of civilisation, “organisational/functional” blocks and delays of the person – with aspects of marked seriousness or chronicity, but not necessarily originated from factors of medical/clinical nature (Cendon, 2007, point 1.2, *own translation*¹³).

It seems that the law wants to force the all-or-nothing logic of rights and the sharp break between capacity and incapacity. Cendon wants a new right, a *bottom-up* right, starting not from broad principles but from real instances, and from there constructing models. Cendon also talks about the fear of law, because of which only the *heavy* customers, characterised by seriousness and medicalisation and already within a system of interventions to which SA is added, approach SA; while the *light* customers, still out of the diagnostic system – of which legitimately distrust – carefully avoid from approaching. The SA should help to overcome this fear (Chiaravalle, 2012).

It is remarkable in Cendon both a need to force the limits of rights and how judicial logic contrasts such attempt. Moreover, it is worth of attention the need to venture into the grey areas, as well as the focus on desires, the centrality of experiences and their dissemination. With the law – whose implementation is entrusted to the judges – we reach the borders of the judicial point of view, without overcoming it. According to this point of view, the individual has the power of rights – which immediately become duties in front of the community – but at the same time is stripped from the power of thought and desire, which in our view does not exist except within the limits of the relationship and the context. His wished autonomy becomes a necessary conformism, in relation to mental capacity; his desires must be those expected from those who at that time have the power to represent the community and the duty to protect both the individual and the community (e.g. the judge, the psychiatrist, the social worker, as far as the abovementioned diagnostic system is considered).

The *short blanket* of the medicalisation of groups at risk of marginalization within SA converses with the judicial perspective, being the latter different but consistent with the first. The idea of *psychology* – individualistic and normalised – that we can find in both these approaches, profoundly differs from that of our experience of research and intervention, where we work according to the person’s demand, knowing that it is only possible within the relationship that recovers the polysemy of lived experiences. In the intervention against exclusion, the demand is an organiser of the relationship that profoundly differs from diagnosis. The open question for us is how to have an useful dialogue with medicalisation and juridical approach, which currently are the main points of reference on marginalisation problems, respecting divergences and finding ways of integration. The research results here presented will offer, we hope, answers in this direction.

Method

The interviews

We collected 17 interviews to support administrators working in the city of Rome. In order to select the interviewees, we used a *snowball method*, asking to a first group of interviewed subjects to point out other SA who might be interested in participating in the research study. Through this method, we got in contact mainly with professional SA. Thus, our initial hypothesis to interview an equal number of family members

¹³ Please note that the proposal is waiting for approval (Web-document without page).

and other figures with the role of SA, was not confirmed¹⁴. We interviewed 12 lawyers, 4 family members, 1 social worker. As far as the gender is concerned, the sample comprehends 6 men and 11 women.

Table 1 - *Characteristics of the interviewed group*

Support administrators (N=17)	
Gender	
<i>Male</i>	<i>Female</i>
6	11
Role	
<i>Family members/Others</i>	<i>Lawyers</i>
5	12

The *open-ended interviews* were based on a single trigger question asking the interviewees to tell their experience as SA, in particular in relation to the problem of the beneficiaries' isolation. The healthcare context was not mentioned, but indirectly evoked by the identity of the research group which introduced itself as composed by a University chair and two Roman hospitals (San Filippo Neri hospital and San Giovanni Calibita Fatebenefratelli hospital). We preceded each interview with a phone call. The interviews used the following open question:

Dear Ms./Mr. X,

as I told you on phone, my name is Y; Z gave me your phone number. I work in a research group coordinated by a chair in psychology of Sapienza University which is exploring different coexistence problems, like, for instance, disability and old age-related problems, mental health services, hospital and primary care, and in particular the problem of social isolation. We thought that Support Administrators might have interesting experiences in this field. The research method consists in listening to the Administrators in order to know their experiences and collect their opinions. An interview with you of approximately half-an-hour would be extremely useful to us. I will ask you the permission to record the interview, in order to listen more carefully and because the recorded text will be, later, anonymously analysed. The research results will be shared with all the research participants. Thank you very much. We can start immediately.

The Emotional Textual Analysis

All the interviews were recorded and transcribed in order to form a single textual corpus that was afterwards analysed by Emotional Textual Analysis (ETA; Carli & Paniccchia, 2002; Carli, Paniccchia, Giovagnoli, Carbone, & Bucci, 2016). ETA allows the detection of *dense words* within the textual corpus, i.e. words that have high emotional polysemy and low ambiguity¹⁵. Then, by studying the co-occurrences of dense words

¹⁴ Many of the interviewed SA take care of more than one beneficiary (sometimes, more than 20).

Professional SA are well connected with each other. On the contrary, it has been more difficult to get in contact with family members with the role of SA, being the latter less socially visible. Moreover, please note that it seems that there are no data about the whole current *universe* of support administrators in Italy (in terms of different figures entrusted with this role and different problems of which SA take care), except for data provided by a very limited number of organisations and courts concerning their local reality.

¹⁵ By *dense words* we mean words that are emotionally meaningful even when isolated from their discursive context; in this sense, they have high emotional polysemy and a minimum of ambiguity. On the contrary, emotionally ambiguous words become effective only within their discursive context; they are said to have low polysemy.

“For example, the verb ‘to go’ has a low emotional profile — ‘Where are you going tonight?’ — and does not indicate emotions except, at times, within a sentence. Completely different is ‘to go away’. Words such as ‘to go away’, ‘hatred’, ‘failure’, and ‘ambition’ are characterized by a maximum of emotional density and a minimum of ambiguity of meaning. We call these words dense words because they are emotionally dense. The emotionally dense sense is evident even when the word

within the text – through cluster analysis and multiple correspondence analysis– ETA consents to obtain clusters of dense words positioned within a factorial space, thus providing a mapping of the emotional symbolizations shared by the research participants with regard to the theme initially proposed by the trigger question.

Results

The data analysis let emerge four clusters of dense words within a factorial space made of three factorial axes (Fig. 1; Tab. 2). Figure 2 and table 3 illustrate the factorial space and the relationship between clusters and factorial axes¹⁶. On the first factorial axis, Cluster 4 (C4), which is positioned on the positive polarity, opposes to Cluster 2 (C2) and Cluster 1 (C1), which are positioned on the negative polarity. On the second factor, Cluster 3 (C3) opposes to C4. Thus, C4 is in relation with both the positive polarity of the first factor and the negative polarity of the second factor (as we can see in Fig.2), and opposes as much to C2 and C1 as to C3. Concerning the third factor, C1 is on the negative polarity and C2 on the positive one.

Table 4 shows the most relevant dense words belonging to each cluster.

In the next paragraphs, we will provide, first, an analysis of each cluster and, then, a comprehensive view and final remarks on the research findings.

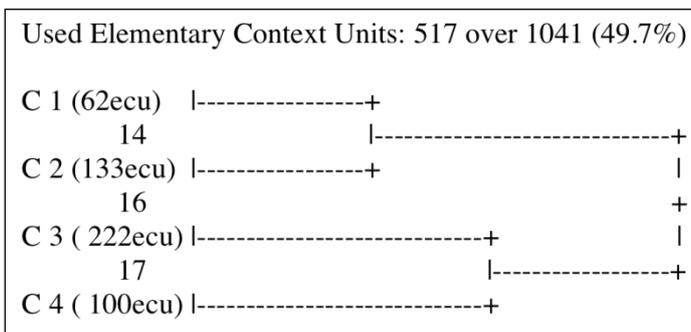


Figure 1 - Hierarchical Clustering (dendrogram)

Table 2 - Multiple Correspondence Analysis

Factors	Eigenvalue	Percentage	Cumulative
F1	0.46432725	39.09918	39.099
F2	0.40890041	34.43190	73.531
F3	0.31433499	26.46892	100.000

is taken out of the context of discourse” (Carli et al., 2016, p. 113).

¹⁶ The positive and negative polarities of the third factor are not represented in Figure 2.

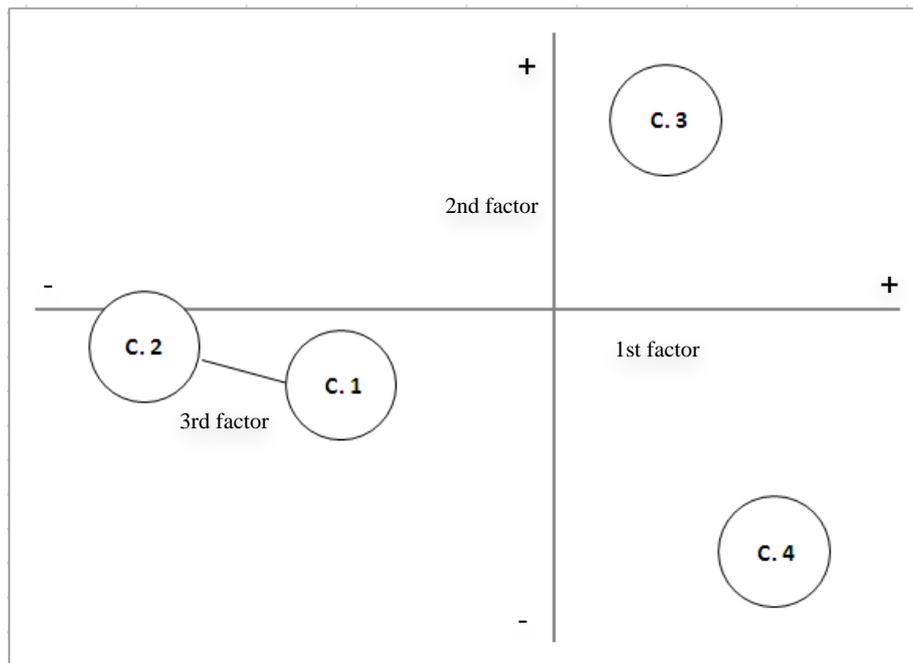


Figure 2 - The factorial space

Table 3 - The relationship between Clusters (C) and Factorial axes (F) (cluster centroids)

	F1	F2	F3
C 1	-0.615	-0.272	-1.359
C 2	-1.182	-0.134	0.614
C 3	0.325	0.683	0.027
C 4	0.637	-0.875	0.171

Table 4 - The clusters of dense words ordered by Chi-square

Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		Cluster 4	
χ^2	Dense words	χ^2	Dense words	χ^2	Dense words	χ^2	Dense words
37,56	Discomfort	60,31	Sons	89,52	Judge	126,74	Pension
34,80	Hospitalization	27,96	Isolation	68,43	Support administrator	45,51	Assistance
30,64	Psychiatry	20,49	Awareness	26,96	Safeguard	42,52	Attendance allowance
29,58	Abandonment	19,65	Disabled Person	24,41	Court	42,52	Rent
29,58	Cigarettes	17,53	Serenity	16,32	Application	36,90	Indemnity
29,27	Violence	16,8	Help	14,93	Decree	31,42	Payment
25,94	To narrate	15,61	Severe	13,55	Hearing	29,59	Fair
25,00	Sister	14,58	Pizza	13,26	To replace		
22,27	Community	12,99	Husband				
22,13	Tramp						

Cluster 4

The first word is **pension** (pensione¹⁷), from latin *pendere*, to pay. The income paid by the state or other entities, on the basis of the rights acquired for a previous activity, or in response to a diagnosis of invalidity. The second word is **assistance** (assistenza): to stand by; to be close to someone for help, to be useful to someone in some way.

Someone needs assistance and income not derived from work.

The words that follow corroborate such dimension of being in need and put it in relation more precisely with a diagnosed and highly disabling disability. In fact, the **attendance allowance** (assegno di accompagnamento) is a benefit granted to people with severe invalidity¹⁸.

Rent (affitto) follows, that is the payment allowing someone to use the property of another, e.g. a house. The house is a primary good: *having a roof over your head* is a basic condition of life.

Thus, a person with a diagnosis of severe invalidity needs assistance; the community takes charge of her through some benefits: e.g. a pension. However, the management of resources (such as a pension) or of transaction (such as the payment of the house rental) requires physical and intellectual capacities that the person with severe invalidity has not. Therefore, in order to ensure her survival, the person must not directly access these resources. The cluster seems to swing – with monotonous consistency – between the pole of survival and the pole of a *survival* administrative routine – i.e. basic administrative actions that each one would be able to face if not impeded by serious invalidity.

In the representation expressed by this cluster, we could say that the role of SA is *cut down to the bone*: the invalidity is very serious and the assistance is reduced to the basics, namely aimed to the survival. The assistance to the wide area of undiagnosed and not very serious incapacities – even if indicated by law as a central task of SA – is absent. What seems also absent is *the care of the person*, that is a way of care that goes beyond the basic administrative acts aimed at survival and enters both the field of *individual needs* – which are difficult to define – and of healthcare in all its complexity.

Follows **indemnity** (indennizzo): compensation or reimbursement for a damage, the sacrifice of a right, or other inconveniences and expenses that someone has suffered or borne. It seems that we proceed in continuity with what mentioned before. However, we must notice that the indemnity also concerns the support administrator. The performance of the latter, which is for free, may be covered by a compensation that is determined case by case by the tutelary judge. Indemnity unites disabled person and support administrator. Follows **payment** (pagamento): transfer of money or other property from one person to another in order to extinguish an obligation. Payment is precisely what the support administrator can not receive and that is replaced by an indemnity. Both the law and the culture from which the SA institution stems, prevent from its payment; the only hypothesis is blamed. As we discussed in the introduction of this article, SA must be based on values of solidarity, which are seen as in conflict with the profit, and the latter would be inextricably linked to selfishness. Follows **fair** (giusto): just, reasonable. Support administrator and beneficiary have the right to a just compensation. While compensation refers to equity, payment would refer to the utility of the performance. They are completely different and conflicting emotional universes. Case by case, the tutelary judge must fix the compensation on the basis of fair considerations, rather than on the evaluation of the efficacy and utility of the SA's performance.

Thus, the cluster is characterised by an interpretation of the assistance as limited to severe invalidity, within routine and predictable practices, aimed at guaranteeing survival, such as pension or house rental. There is no need to explore the beneficiary's expectations and unexpected events are merely seen as accidents during the execution of the assistance procedures. Money is the primary resource. Both support administrator and beneficiary receive a reimbursement for the inconvenience they sustain; the lack of payment associates the

¹⁷ For each dense word, next to the English translation, we will provide the original Italian correspondence.

¹⁸ The attendance allowance is granted to the civilian invalids who have obtained the recognition of a total and permanent 100% invalidity. It is required a diagnosis which states that the person is *unable to walk without the permanent aid of an attendant or in need of a continuous assistance being not able to carry out the everyday life actions*. Unlike other economical benefits that can be granted to people with invalidity, the attendance allowance is not related to age or income. Its juridical nature consists in a flat-rate benefit aimed to refund costs caused by an objective situation of invalidity.

support administrators with their beneficiaries within the category of people entitled to be refunded with equity.

On the first factorial axis, on the opposite polarity to C4, we find C2 and C1. Now, let us see C2 and C1 and analyse their relationship with C4.

Cluster 2

The first word in C2 is **sons** (figli) followed by **isolation** (isolamento). Family bond of generational dependency and isolation are evoked. Here, the primary resource is not money, as in C4, but relationship. Moreover, such resource experiences a critical condition. The point is to face the isolation of the beneficiary and of the family, whose entire life revolves around her member with disability. It is well known that the Italian welfare state is based on entrusting the care of people with disability primarily to the traditional nuclear family, and on supporting the family mostly through economic subsidies. The State invests more in this way than in providing and developing services.

Follows **awareness** (consapevolezza). Awareness means being informed of a fact or having full conscience of an event. Which event is at stake here is stated by the next word: **disabled person** (disabile) The family has to become conscious about the disability. This calls to mind a recursive question for those who provide disability-related services: namely, that the family must accept the disability; which immediately leads to the fact that she might accept the service, the ways in which it is offered and who offers it. The *aware family* welcomes the support administrator with **serenity** (serenità) – which is the next word – and accepts his **help** (aiuto) – the word immediately following. Follows **severe** (grave): the necessity of accepting the SA is motivated by the severity of the disability. In this sense, there is no opposition between C2 and C4: the severity seems to be the necessary condition to motivate and justify the SA: the demand on the part of the beneficiary or the family is not considered. Follow **pizza**: *let's go out and get a pizza*, friends are used to say when they want to meet up and go out for a cheap meal. Repetitiveness and home problems are left behind for a relaxing break. The severe condition of the assisted person and the duty to take care of her seem to reconcile tensions: one can meet each other, if there is awareness of the seriousness. A meeting is possible if a duty and an obligation are shared. **Husband** (marito) follows: family assistance is traditionally female, assimilating assistance to maternal care and a the family member in difficulty to a child in need. Man appears now, as a husband, after the tensions on assistance has been resolved by the awareness about the seriousness that suggests inescapable duties.

Cluster 1

C1 opposes to C4 in association with C2, on the first factor, but at the same time, it opposes to C2 on the third factor. Thus, we must consider this double link. It presents another context of the beneficiary's life that goes beyond the dual relationship with the support administrator, as presented in C4. In C1 we can see what happens when there is not the family of C2. We encounter a context marked by the psychiatrisation of the disability. The first three words of the cluster are **discomfort**, **hospitalisation** and **psychiatry** (disagio, ricovero and psichiatria); it is a precarious and threatening hospitalisation. **Abandonment** (abbandono) follows. Then, **cigarettes** (sigarette): in mental health services it is well known the importance of cigarettes, of their high consumption and prohibition; it is known as well how to insistently ask anyone for a spare cigarette on the part of the inpatient is often the only thing he can ask for. **Violence** (violenza) follows. Then to **narrate** (raccontare), which seems the alternative to cigarettes and violence. It would be possible to give discomfort some words. **Sister** follows: family reappears more in a form of fraternal solidarity than of filial dependency. Then, **community** (comunità): *therapeutic communities* are called to mind, that is psychiatric residential services in which one can find the purpose of rebuilding the family culture, though often with the result of recreating the most problematic aspects of family culture, because without any future. **Tramp** (barbone) follows: both the hospitalisation and the community fail; the person is pushed up to the fringes of the community into the homeless condition. C1 represents the failure of services – moreover seen only in

terms of psychiatric services – as an alternative to the family. Abandonment and violence prevail; there is the risk of being expelled from any context of coexistence.

Cluster 3

Now let us consider the second factor, where C4 and C3 oppose to each other. We discussed about C4, let us see C3. The cluster starts with the couple **judge** (giudice) and **support administrator** (amministratore di sostegno). The role of support administrator is closely related to the court's legitimisation. The third word, **safeguard** (tutela), defines his function. To safeguard means to defend, protect, uphold against damages, insults and illegal actions. Here we encounter the culture of the rights of the person and the lawyer's role of advocacy. We remind that most of the interviewees are lawyers. In C3, the relational context of the assisted person is presented as conflicting and enemy. The assisted person has to be safeguarded. Furthermore, it must be noticed that, in the current debate on the SA institution, it is not completely resolved the question whether the assisted person should also be safeguarded from the support administrator himself. This institution was created in order to go beyond the violence of interdiction, but at the same time it rises from interdiction and still has many unresolved issues concerning the relationship with its ancestor. **Court** (tribunale) follows: the place where justice is administered, giving each person what is due according to reason and the law. Then **application** (istanza): written request addressed to a public authority in order to get something. The Italian word *istanza* is mostly used in the juridical language, as is the following one: **decree** (decreto), which refers to a Latin word that means to deliberate. What is decided; what is established. Then **hearing** (udienza): phase of the process that takes place in front of the judge. C3 also outlines a context, the court, with the centralising force of its culture, its rules, its language and its ways of relationship. Here the assisted person is above all to be safeguarded; thanks to the court, but perhaps also from the court. The interdiction is the exclusion from the legal capacity and from the exercise of one's own rights; the SA wants to give this capacity back to those who for some reasons cannot exercise it. How? Through the replacement, as stated by the following word. To **replace** (sostituire) means to put a person or a thing in lieu of another. This is the violent core of the interdiction that the SA wants to consign to the past without being able to fully succeed in it.

Conclusions

For an overview of the factorial space, let us consider the first factor. We can find in opposition with each other the dual relationship administrator – beneficiary (C4), on the one hand, and two more articulated life contexts of the beneficiary – in which, moreover, the support administrator is not present –, on the other: family (C2) and social and healthcare services, specifically mental health services (C1). While functions connected to the role of SA are explicitly present within the dual relationship administrator – beneficiary, they are not in the other wider and more articulated life contexts of the latter. In C2 – family – the interviewees seem to wish that the family could accept the SA, in order to fight the risk of isolation and in the name of the awareness of the disability. Do mind: the interviewed support administrators are mostly lawyers and not family members. This means that the family member who could carry out that function, for various reasons, is missing; sometimes this indicates a conflict between the decision of the tutelary judge to entrust a lawyer with the role of SA, on the one hand, and the present or prospective family, on the other. Thus, in this case, the support administrator has to face a conflict and the acceptance of this decision on the part of the family becomes essential. In C1 – psychiatric services –, the SA seems missing, namely it seems to have failed: the cluster presents a pathway marked by an increasing marginalisation of the assisted person. The interviewed support administrators do not perceive themselves as effective interlocutors of the psychiatric services.

On the second factor the court context (C3) – which seems completely focused on its own rules – and the couple support administrator – beneficiary (C4) oppose to each other. Two words exemplify this opposition: *safeguard* (C3), on the one hand, and *assistance* (C4), on the other. In the *safeguard* culture, the support administrator is a satellite of the judicial system – which has a central role as we told – and mainly has a protective or defensive function of advocacy. The implicit premise is to be faced with a social context made of conflicting relations and opposed interests: in other words, a context in which the *frail* individual has to be

defended – especially when the fragility refers to the risk of being overwhelmed by a hostile relationship. The assistance refers to another culture: i.e. the culture of offering services to those in need, bringing comfort, help and aid; the driving hypothesis is to act in response to situations of such a need and difficulty that prevent the person from enjoying her citizens' rights. In one case, the beneficiary must be defended within situations of overwhelming conflict (C3), in the other, from situations of marginalisation (C4).

Let us examine closer what kind of relationship characterizes the couple administrator-beneficiary of C4, which is a kind of pivot of the entire factorial space, because of its opposition to all other clusters. A first consideration: we are dealing with a relationship that is strongly limited if compared to the auspices under which the SA institution has been fostered. The role of SA seems limited to the assistance in economic transactions aimed at survival and in cases of severe disability. All those functions that the literature accompanying the creation of the SA institute has called *care of the person* and *listening to the beneficiary's needs* seem lacking, including all those cases that require assistance for temporary and not severe inability, and for all those issues that are within the rights of the beneficiary but that he cannot solve without assistance. This very general mandate finds in our data the most restrictive interpretation.

Moreover, the *care of the person*, which is present in the purposes of the law, includes also the wide field of healthcare. Within this field the support administrator is expected to have a dialogue with healthcare professionals, not only concerning the end-of-life – a central issue in the current debate – but more generally all questions that might rise for health professionals who are faced with making critical decisions. While such expectations towards the SA exist, the only healthcare sector mentioned in the factorial space is psychiatry. Furthermore, the important functions that the SA could have in this sector remains unexpressed; rather, what is remarkable is its absence. Thus, there is a mandate towards the support administration in the healthcare field to which the interviewees do not respond. We would like to remember that it is a field marked by heavy conflicts among opposite factions, each one operating for the rights and the *best interest* of the person, who in that moment cannot directly express because incapacitated by an illness. The problem is that those rights are subject to different interpretations. It is exemplar the contrast between lay and religious ethics about the end-of-life.

What is remarkable in the factorial space is the absence of the beneficiaries' expectations – an aspect that takes centre stage in the purpose of the law. This area is impervious too: in the debate on *listening to the beneficiary's needs* one can notice the lack of professional skills as well as of theoretical models of expectation and desire allowing the passage from wish to achievement. What seems to prevail – mind the literature about the institution – are individualistic myths (Paniccia, 2013). The desire appears as the idiosyncratic claim for something by a single individual, which is basically doomed to failure if he does not have the social power to impose it. This individual does not need any relationship – thus, the limits offered by a context of relationships – in order to define his own desire; on the contrary, in the relationship he will meet constraints and conflicts when he will collide with the claims of the others. If he will not have the social power to sustain his own desire, he will need someone to support him: namely, someone controlled by a justice that could safeguard the beneficiary's rights, on the one hand, and someone *virtuous*, on the other. *Virtuous* means someone not as much selfish and greedy as usually expected, who might be able to give up with his own claims (among others, the support administrator is expected to have such *virtue*)¹⁹. These virtues are requested in lieu of a professional competence – i.e. a competence in dealing with the beneficiary's expectations, which is not even imagined – and within this framework the gratuitousness and the voluntary nature of the SA find sense and origin. This *model* makes both the legal safeguard and the volunteering based on the value of solidarity appropriate; but if one forget that such model does not respond to the psychological reality of the assisted person and the assistant, or to that of the relationship between them, it will be difficult to expect its translation into appropriate behaviours. We can observe a fundamental contradiction: i.e. the SA institution has complex relational purposes but at the same time hinders the development of competence in dealing with relationships. We argue that such contradiction is the source of

¹⁹ For a different hypothesis about *desire* see, for example, Carli (2011) and Carli & Paniccia (2014). These works present not only a psychological model of desire but also a model in which relationships are conceived as indispensable resources in order that expectations do not go astray becoming claims doomed to fail, but rather become desires of achievement. The term *desire* means etymologically *de-sidera: take one's eyes off the stars*. Thus, desire means accepting the limits of the human condition and, at the same time, involves “the possibility of overcoming the passivity that this limitation may lead to, and of undertaking important works based on the reality of one's condition” (Carli & Paniccia, 2014, p. 42). Relationship – thus, relational contexts – are fundamental resources in such experience of acceptance of human limits, in which “the renunciation of omnipotence [allows] to test oneself with the power of those who face the reality of things, with the fatigue and difficulties encountered in achieving objectives” (Carli & Paniccia, 2014, p. 42).

the avoidances reported in the factorial space. We refer to the lack of response to both the mandate to deal with the expectations of the assisted person and to the questions raised by the healthcare context.

In previous works we have proposed a psychological model of the relationship between individual and context. We refer to that model for an alternative to this impasse in the theorisation and practice; in particular, we refer to a contribution where the proposal is specifically related to social categories at risk of exclusion (Paniccia, 2012). Here, we want to point out that while beneficiary's expectations are not considered by the interviewed support administrators in their intervention of assistance – even when the beneficiary can express them – they represent a fundamental resource if there is competence in reading them as a demand.

One can hypothesise that experiences of assistance are more varied than those told by the factorial space. However, here also the *interdiction* to transform the SA activity in to a professional competence weighs on the possibility that such experiences might be reported. We have also wondered why it has been easier to contact lawyers with the role of SA than family members. If it is possible to formulate a hypothesis, we think that in the case of family members this experience is even much less codified and translated into language.

In conclusion, we propose this work as a contribution to develop a specific professional competence in the implementation of the SA institution.

References

- Bifulco, R., Celotto, A., & Olivetti, M. (Eds.).(2006). *Commentario alla Costituzione* [Notes on the Constitution]. Milano: UTET.
- Carli, R. (2011). Divagazioni sull'identità[A digression on identity].*Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi [The emotional textual analysis: A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Carbone, A., & Bucci, F. (2016). Emotional Textual Analysis. In: L.A. Jason & D.S. Glenwick (Eds.), *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative, and mixed methods* (pp. 111-117). New York, NY: Oxford University Press.
- Cendon, P. (2007). *Rafforzamento dell'amministrazione di sostegno e Abrogazione dell'interdizione e dell'inabilitazione: Bozza Cendon 2007* [Enhancement of Support Administration and abrogation of interdiction and incapacitation: Draft by Cendon 2007]. Retrieved from: www.personaedanno.it
- Chiaravalle, S. (2012). *Una mongolfiera sopra il cielo di Trieste: Intervista al prof. Cendon* [A hot air balloon above the sky of Trieste: Interview with prof. Cendon]. Retrieved from: www.personaedanno.it
- Inclusion Europe (2007). *Justice, Rights and Inclusion for People with Intellectual Disability*. Cornell University ILR School. Retrieved from: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/278>
- Infantino, D. (2012). Liquidazione dell'A.d.s.: Natura retributiva o indennitaria [Support administrator's severance pay: Remuneration or indemnity]. *Tigor: Rivista di Scienze della Comunicazione*, IV(2), 161-163. Retrieved from: www.openstarts.units.it
- Nicolao, C. (2010). *Amministrazione di sostegno: Intervista a Paolo Cendon* [Support administrator: Interview with Paolo Cendon]. Retrieved from: www.personaedanno.it
- Paniccia, R.M. (2012). Psicologia clinica e disabilità: La competenza a integrare differenze [Clinical psychology and disability: The competence in integrating differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

- Paniccia, R.M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories within a culture of coexistence that proposes marginalization risks]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Paniccia, R.M. (2014). L'amministrazione di sostegno e le categorie emozionali della solidarietà [Support administrator and emotional categories of solidarity]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 6-25. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Piccinni, M. (2011). Relazione terapeutica e consenso dell'adulto "incapace": Dalla sostituzione al sostegno [Therapeutic relationship and consent of the "incapable" adult: From substitution to support]. In L. Lenti, E. Palermo Fabris, & P. Zatti (Eds.), *I diritti in medicina* (pp. 361-415). Milano: Giuffrè.
- Piccinni, M., & Roma, U. (2014). Amministrazione di sostegno e disposizioni anticipate di trattamento: Protezione della persona e promozione dell'autonomia [Support administration and advance decisions of treatment: Protection of the person and promotion of autonomy]. *Rivista trimestrale di diritto e procedura civile*, LXVIII(2), 726-740.
- Ramponi, L. (2014). *La difficile sfida delle amministrazioni di sostegno* [The difficult challenge of support administrations]. Retrieved from <http://www.questionegiustizia.it/>
- Sinatra, D. (2011). *Amministrazione di sostegno, interdizione e inabilitazione: La difficile coesistenza* [Support administration, interdiction and incapacitation: The difficult coexistence]. Retrieved from: www.diritto.it
- Tagliaferri, C. (2010). *L'amministrazione di sostegno nell'interpretazione della giurisprudenza* [Support administration on legal interpretation]. Piacenza: Celt.

Una ricerca sul ruolo dell'Amministratore di Sostegno da una prospettiva psicologica

Rosa Maria Paniccia*, Cecilia Sesto **, Fiorella Bucci ***, Luca Ruggiero ****, Nicola Leone *****

Abstract

L'istituzione dell'amministrazione di sostegno in Italia è parte di un processo più ampio di innovazione giuridica, a livello internazionale, teso a contrastare gli effetti emarginanti associati al concetto ottocentesco di infermità mentale e a valorizzare al massimo le residue capacità del soggetto debole. Con la ricerca presentata in questo contributo abbiamo voluto esplorare le esperienze che stanno accompagnando l'attuazione dell'istituto attraverso interviste ad un gruppo di amministratori di sostegno nella città di Roma. Le interviste sono state analizzate mediante Analisi Emozionale del Testo. Rispetto all'intento della legge di porre un argine alla medicalizzazione della fragilità e di sostenere persone con inabilità di vario genere – anche solo parziali o temporanee – nelle loro esigenze sociali e progetti di vita, i dati della ricerca mostrano risultati limitati. L'intervento degli amministratori di sostegno sembra circoscritto ai casi di invalidità più grave e a un'assistenza in atti amministrativi basilari volti alla sopravvivenza. Le attese degli assistiti non trovano spazio nell'intervento centrato sulla gravità. Le domande nei confronti dell'istituto provenienti dal mondo sanitario rimangono eluse. Alla base di queste elusioni, rileviamo una contraddizione fondamentale: l'amministrazione di sostegno è un istituto che si pone finalità di relazione complesse, ma al contempo impedisce che si sviluppi una competenza ad affrontarle. Questa contraddizione trova la sua genesi in una cultura della solidarietà che in Italia entra in conflitto con l'impiego di una competenza professionale ai fini dell'attuazione dell'istituto e del suo sviluppo, e ne detta invece il carattere volontaristico.

Parole chiave: amministrazione di sostegno; capacità di agire; soggetti deboli; diritti della persona; risorse relazionali.

* Professore Associato presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma "Sapienza", Editor di *Rivista di Psicologia Clinica* e di *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, membro del Comitato Scientifico-Didattico del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: rosamaria.paniccia@uniroma1.it

** Psicologa clinica, docente del Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda, Editor di *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*. E-mail: sestoce@alice.it

*** Psicologa clinica, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica, Editor di *Rivista di Psicologia clinica*. E-mail: fiorella.bucci@gmail.com

**** Psicologo. E-mail: lucaruggiero1989@gmail.com

***** Dottore Magistrale in psicologia clinica, volontario europeo AEVA-EPA (Escola Profissional de Aveiro), Portogallo. E-mail: nicola.leone88@gmail.com

Paniccia, R.M., Sesto, C., Bucci, F., Ruggiero, L., & Leone, N. (2015). Una ricerca sul ruolo dell'Amministratore di Sostegno da una prospettiva psicologica [A research on the role of the Support Administrator from a psychological perspective]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 89-117. doi: 10.14645/RPC.2015.2.591

Introduzione

2004: la legge

La legge n. 6/2004 introduce in Italia l'istituto dell'amministrazione di sostegno²⁰.

L'art. 1 dice: "La presente legge ha la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente".

La capacità di agire è l'idoneità a compiere atti giuridici, ovvero di esercitare i propri diritti e assumersi i propri doveri. Si acquisisce con la maggiore età, maturata la capacità di intendere e di volere, ovvero di rendersi conto del valore delle proprie azioni (intendere), autodeterminarsi (volere), e responsabilmente auto-rappresentarsi. Essa può subire limitazioni legate all'età, all'infermità o alla prodigalità²¹.

Gli istituti tradizionali di limitazione della capacità di agire sono l'interdizione e l'inabilitazione. Per dei maggiorenni con abituale infermità di mente può essere chiesta l'interdizione; per quelli infermi di mente non così gravi da renderla necessaria può essere chiesta l'inabilitazione, possibile anche per chi (per prodigalità, abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti) espone sé o la famiglia a gravi pregiudizi economici (Nicolao, 2010).

Con la nuova legge, "fedele ai principi costituzionali di personalismo e di solidarismo" sottolinea Nicolao (2010, p. 12), si intendevano superare i vecchi istituti dell'interdizione e inabilitazione, basati su diagnosi di infermità o comunque di incapacità, introducendo uno strumento giuridico capace di tutelare in modo più *inclusivo* e flessibile le persone in condizioni di vulnerabilità (Piccinni, 2011)²².

Sinatra (2011) ricorda i perché dell'innovazione: la mancata tutela di una variegata gamma di disabilità che non rientrava nei vecchi istituti, il rischio dell'emarginazione del beneficiario, la centratura sulla sola logica patrimoniale. Così riassume i cambiamenti: alla tutela del patrimonio familiare si affianca il rispetto della dignità della persona e l'attenzione allo sviluppo della sua personalità. La persona e i suoi diritti sono la nuova stella polare guardando alla quale il giudice deciderà. Dunque, la protezione si personalizza, il giudice valuta caso per caso, le zone di incapacità vengono *ritagliate* su misura, il confine tra capacità e incapacità diviene *mobile*. Inoltre, l'AdS può applicarsi anche alla persona *compos sui*, menomata solo fisicamente²³, e la disabilità può essere non solo parziale, ma anche temporanea. Il ricorso all'interdizione è evocato nel dibattito come l'*ultima ratio*, e sempre in nome della protezione della persona (Sinatra, 2011).

L'istituzione in Italia dell'amministrazione di sostegno si iscrive all'interno di un movimento più generale che emerge a livello internazionale, teso a contrastare gli effetti emarginanti associati al concetto giuridico ottocentesco di *infermità mentale* e a valorizzare invece al massimo le residue capacità del soggetto *debole* con il minor sacrificio possibile della sua autonomia (Piccinni, 2011). Ciò è parte di un percorso storico che ha visto dapprima la medicalizzazione dell'infermità di mente e delle strutture sociali deputate ad occuparsene, poi successivamente – con un culmine negli anni '70 – movimenti di riforma che hanno propugnato in tutta Europa la chiusura degli ospedali psichiatrici e il reinserimento sociale della malattia mentale. Si tratta evidentemente di mutamenti tutt'altro che lineari o risolutivi: ogni passaggio crea dei segni

²⁰ Di qui in avanti anche AdS.

²¹ Ricordiamo che l'interdizione, di cui parleremo tra un attimo, ha le sue radici nel diritto romano, dove si escludeva dalla capacità di amministrare beni familiari chi li dissipasse, ed era prevista esclusivamente in tale circostanza. Il problema dell'amministrazione di beni resta uno degli organizzatori dell'attuale dibattito sulla capacità di agire, sue limitazioni e forme di tutela.

²² Sebbene la legge n. 6/2004 abbia modificato alcuni articoli del codice civile su interdizione e inabilitazione, i due istituti persistono e si rivelano concorrenti del nuovo istituto in mancanza di un'interpretazione della nuova legge sufficientemente concorde. I giudici tutelari, che nella nuova legge hanno una funzione centrale, tendono a dividersi entro una spaccatura, sia pure a favore dei primi, tra chi adotta l'AdS e chi fa riferimento ai vecchi istituti. Dal 2008 la proposta di legge di abrogazione dell'interdizione e dell'inabilitazione è ferma in Parlamento.

²³ Da non sottovalutarsi il problema che si pone con le persone *compos sui*. Specie se cade anche la limitazione che siano menomate fisicamente. Si veda ad esempio il dibattito sulla possibilità di nominare un amministratore di sostegno per dare attuazione a volontà anticipate di trattamento in ambito sanitario, questione emersa nella prassi applicativa della legge e inerente il rapporto tra amministrazione di sostegno e testamento biologico (Piccinni, 2014).

che stratificano il senso delle istituzioni cui assistiamo oggi nel presente. In Italia la legge 180 del 1978 designa la chiusura dei manicomi e l'avvio di un sistema di interventi territoriali; si vuole porre con decisione un argine alla medicalizzazione, ma al contempo vediamo come il discorso medico abbia compiuto un lavoro che ha lasciato tracce. Con la legge 180 scompare la pericolosità sociale – prima criterio cardine del costrutto di infermità mentale – e la gravità o acuzie medica diviene l'unico criterio rilevante di valutazione nei casi di trattamento sanitario obbligatorio. Si rinforza così una lettura individualistica e a-contestuale che tende a obnubilare la dimensione sociale dei problemi. Dove siamo oggi? Attraverso l'intero spazio europeo, l'attenzione e il linguaggio si spostano nuovamente: dalla malattia mentale alla disabilità, alla non-autosufficienza, e l'AdS è esattamente parte di quest'ultima transizione che avremo modo di esplorare nel prosieguo del contributo. L'istituto dell'AdS non si rivolge solo alla patologia e non alla patologia in quanto tale, bensì ai problemi del quotidiano ad essa e ad altre condizioni di fragilità legati. Innovazioni giuridiche nella tutela dei soggetti deboli analoghe all'amministrazione di sostegno avvengono, come detto, trasversalmente in Europa. Se il linguaggio dei diritti che ne è ispiratore sembra indicare l'esistenza di valori chiari e unificanti, colpisce, d'altra parte, l'enorme variabilità di interpretazioni, esperienze e problemi attuativi che si possono ravvisare di paese in paese²⁴.

In questo contributo discuteremo i risultati di una ricerca svolta in Italia, basata su un gruppo di interviste ad amministratori di sostegno che lavorano nella città di Roma. La ricerca è parte di un progetto di ricerca-intervento più ampio volto a esplorare la relazione tra ospedale e territorio per far luce sulle trasformazioni in atto entro le prassi di cura e assistenza²⁵, di cui gli amministratori di sostegno sono divenuti nell'ultimo decennio una componente importante.

Affronteremo il tema dell'amministrazione di sostegno da una prospettiva psicologico-clinica e attraverso modelli dell'individuo e della relazione molto distanti dai modelli del discorso giuridico sull'AdS, ma che proprio per questo pensiamo possano contribuire agli sviluppi finora descritti.

Prima di presentare i risultati dello studio nei paragrafi seguenti, proponiamo alcune considerazioni sul mandato sociale dell'amministrazione di sostegno in Italia, soffermandoci in particolare sul concetto/valore di solidarietà e sui destinatari dell'AdS²⁶.

Il concetto/valore della solidarietà

Il terzo e ultimo principio dell'art. 2 della Costituzione italiana concerne ciò che un Commentario ad essa del 2006 (Bifulco, Celotto, & Olivetti, 2006) chiama *concetto/valore della solidarietà*. Lo statuto di concetto, pensiero da un lato, e di valore, importanza che una cosa ha in sé stessa e nel giudizio delle persone dall'altro, determina il destino della solidarietà nella nostra cultura. Se un'idea va tradotta in prassi, è necessaria una competenza a produrre solidarietà nelle relazioni in base a conoscenze (di realtà che la riguardano, di metodi per perseguirla). Se invece la prassi riguarda un valore, qualcosa che già c'è, fino alla naturalità, ne va riconosciuta e tutelata l'importanza: non è centrale la competenza, ma la militanza.

Il valore della solidarietà affronta un cammino ben preciso entro il discorso giuridico italiano.

Nella Costituzione la solidarietà è presentata come dovere sociale fondamentale, corrispettivo dei diritti inviolabili della persona sul cui primato la Costituzione si fonda. L'acquisizione di diritti attraverso il patto sociale implica l'assunzione di doveri; tra i due termini vige una relazione necessaria, ribadisce il Commentario di cui sopra (Bifulco, Celotto, & Olivetti, 2006). Ci sono i doveri di difesa della Patria, di voto, di istruirsi, il tributario, quello di accettare trattamenti sanitari obbligatori, quello di soccorrere chi è ferito o in pericolo.

C'è anche il dovere del lavoro; in senso proprio, e come attività prestata gratuitamente per obiettivi di solidarietà. Questo aspetto sarà sviluppato dalla giurisprudenza che andrà oltre l'idea di una solidarietà

²⁴ Si veda in proposito il report di Inclusion Europe 2007.

²⁵ La ricerca-intervento è iniziata nel 2008 con una ricerca sul rischio psicosociale di un Ospedale romano, il San Filippo Neri, proseguita con interventi formativi e di supporto all'attività delle Unità Operative. Attualmente l'esplorazione di nuovi setting di intervento si estende alla relazione Ospedale – Territorio entro la città di Roma. Vengono intervistati sul tema: personale sanitario delle UO di due ospedali (parte del gruppo di ricerca), Medici di Medicina Generale, Amministratori di sostegno, Cittadini. Il gruppo di ricerca è composto da una Cattedra MPSI08 della Facoltà di Medicina e Psicologia di Sapienza, l'Azienda Complesso Ospedaliera San Filippo Neri, l'Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli, lo Studio di Psicosociologia di Roma.

²⁶ Per un'analisi più estesa del mandato sociale dell'AdS si veda Paniccia, 2014.

doverosa in nome di una solidarietà diventata naturale, volontaria, non normativamente imposta.

Nel 1991 la Corte Costituzionale, giudicando la legge quadro sul volontariato, afferma che il volontariato è l'espressione più immediata della primigenia vocazione sociale dell'uomo e la più diretta realizzazione del principio di solidarietà sociale. Per esso la persona agisce non per calcolo utilitaristico o imposizione di un'autorità, ma per libera e spontanea espressione della profonda socialità che la caratterizza.

La solidarietà naturalizzata viene posta in un campo diverso dalla competenza a condividere e affrontare problemi entro la relazione. La moderna solidarietà, dice una successiva sentenza (23 luglio 1992, n. 355), va oltre l'idea tradizionale di beneficenza e assistenza – doveri normativamente imposti – concorrendo a realizzare l'eguaglianza che consente il pieno sviluppo della personalità. Solidarietà, uguaglianza, volontariato vengono strettamente connessi e posti fuori dall'ambito della competenza professionale e del lavoro retribuito; e infine contrapposti al mercato, nell'idea che le regole di forza della società non possano tutelare i diritti della persona.

Dunque il valore della solidarietà, fondato su una doverosità che da costrittiva diventa naturale, nella nostra cultura confligge con ogni competenza relazionale e organizzativa, storicizzata e contestualizzata, che si possa potenziare con formazione e interventi professionali. Il produrre risorse entro e attraverso sistemi di competenze è proposto solo in associazione a un mercato di cui si diffida. Queste categorie emozionali improntano molta parte dei servizi sociosanitari e del terzo settore, sia entro la tradizione cattolica che di sinistra in Italia, e hanno improntato fortemente l'istituzione dell'amministrazione di sostegno.

La legge 6/2004 stabilisce la gratuità dell'incarico di AdS, con la possibilità di un'*equa indennità*, in altre parole un rimborso spese a carattere fortettario, paragonabile secondo Infantino a un "color che son sospesi" (2012, p.161). C'è una retribuzione ma senza un chiaro rapporto tra prestazione e corrispettivo, dipendendo non dall'esercizio di azioni professionali o dal loro prodotto, ma da un insieme imprevedibile di circostanze dove a essere determinante è il potere decisionale di qualcuno, in questo caso del giudice.

La funzione svolta dall'amministratore di sostegno non costituisce una prestazione di tipo professionale e, nonostante la professionalità e l'esperienza dello stesso, questi non potrà essere considerato un prestatore d'opera, ma resterà un soggetto che svolge un incarico avente funzione di interesse pubblico e di carattere personale (Infantino, 2012, p.162).

Per il ruolo di AdS in prima istanza viene interpellata la famiglia del beneficiario. La solidarietà ha come modello l'assistenza familiare tradizionale, la dedizione al membro in difficoltà delle donne di casa. Se la famiglia non può:

[...] si registrano oggi questi orientamenti: - per beneficiari con patrimoni consistenti: i Giudici tendono a nominare AdS un professionista scegliendolo quasi sempre tra le professioni giuridiche, facendo leva anche sull'equo indennizzo; - per beneficiari con patrimoni modesti o inesistenti, [...] nomina di un ente pubblico, di una persona volontaria o di un'associazione; - [in situazioni] di elevata conflittualità familiare, di beneficiari con patologie psichiatriche e con patologie da dipendenze: nomina del Sindaco o del Direttore Generale delle ASL, soprattutto nei casi di indigenza, oppure nomina di un professionista se c'è un patrimonio da gestire (Ordine regionale degli assistenti sociali della Lombardia, 2014, p. 3).

Ma la gratuità per legge dell'incarico non basta ad attenuare la diffidenza. Troviamo in letteratura l'idea che la professionalizzazione delle figure di tutela vada evitata per "il rischio che si affermi un business aspirando all'equo indennizzo" e che l'intervento si limiti alla sola gestione del patrimonio a scapito della cura della persona (Ordine regionale degli assistenti sociali della Lombardia, 2014, p. 2).

Per un incarico come questo la competenza è una tecnica gradita, specie se giuridica – il giudice si intenderà con l'amministratore, il traffico giuridico scorrerà²⁷ – ma è accessoria e può provocare diffidenza. Sono fondamentali doti che non si apprendono. L'AdS deve avere: "cuore, innanzitutto, il sorriso, la disponibilità all'ascolto, la capacità di ricavare emozioni dall'incarico svolto, la fermezza. Insomma, ci vuole la 'carota' e, quando occorre, anche il 'bastone', in senso eufemistico" (Tagliaferri, 2010, p. 1).

²⁷ C'è da considerare che l'AdS ha fatto accedere agli uffici giudiziari non solo PA non sempre attrezzate allo scopo, ma anche persone comuni, senza la mediazione professionale, linguistica e culturale del patrocinatore legale. L'insolita utenza crea difficoltà a giudice e cancellerie, che non hanno risorse per attrezzarsi con uffici per il pubblico. Alcuni territori si stanno attrezzando: si veda l'esempio di Reggio Emilia con uno sportello di volontari che fa ricezione, informazione e assistenza per l'AdS, anche dopo la nomina, in base a una convenzione tra PA, associazioni di volontariato e Tribunale (Ramponi, 2014).

Sintetizziamo le tendenze problematiche che accompagnano la gratuità: sospetti verso i professionisti il cui pagamento diventa avido profitto; indennità che prendono il posto del pagamento divenendo cattivi pagamenti (non si sa più se troppo bassi o troppo alti, a seconda di chi li giudica, e comunque non chiari, non garantiti, senza tempi certi, senza verifiche); nessuna ipotesi di competenza specifica per assumere il ruolo di AdS; etica, buon carattere, dedizione al singolo in stato di minorità invece che competenza a occuparsi di relazioni entro le specifiche questioni poste dalla legge per evitare che la minorità si produca; insistenza sulla famiglia tradizionale e la sua idoneità a esserlo.

Chi sono i destinatari della AdS?

Continuiamo ad esplorare la cultura dell'istituto attraverso le parole del suo promotore. Paolo Cendon, giurista veneziano i cui studi si sono a lungo concentrati sul tema della protezione dei soggetti deboli, intervistato sulla legge²⁸, dice che nella stesura le influenze più significative sono state l'esperienza basagliana dal volto umano, aperta al territorio, un diritto fuori dai manicomi e l'esperienza di paesi come Francia e Austria (Nicolao, 2010).

Anche per il nome non fu facile. Come chiamarlo? Ricordo che fu un problema serio... Alla fine scelsi deliberatamente questo, un po' burocratico, che voleva depersonalizzare un po' l'assistenza e togliere l'eccesso di "medicalità", badando soprattutto alla relazione tra la persona e l'esterno. Oggettivando la cosa, burocratizzandola, sparpagliandola in una serie di cose, la follia non diventava più una maledizione interna della persona, ma diventava una serie di bollette da pagare, di posti dove andare, di registrazioni fiscali da fare, di appuntamenti da prendere (ad esempio dal dentista per decidere per la dentiera), di cose da fare e similari. [Si voleva] portare a valle le conseguenze del disagio, quale che fosse la sua origine: psichiatrico, sensoriale, muscolare, antropologico, senile. [Non si voleva etichettare la persona, che] diventava una persona disagiata, che doveva fare delle cose, che per ragioni che non ci interessano non era in grado di fare da sola, che necessitava di qualcuno che le facesse al suo posto: una sorta di segretario personale. Questa è la filosofia: molto operativa, molto efficiente (Nicolao, 2010²⁹).

Analizziamo alcuni aspetti di questo passaggio. Si sposta il baricentro dalla diagnosi stigmatizzante a conseguenze invalidanti da risolvere di un problema che deliberatamente si ignora (*per ragioni che non ci interessano*), e senza che sia necessaria una competenza per intervenire. Problema e metodologia di intervento sono sostituiti dai diritti/doveri della persona umana e dalla solidarietà, dove la persona è un individuo con desideri chiari, conformisti e acontestuali. Desideri che non hanno bisogno della relazione con altri per definirsi; anzi, sono più o meno in conflitto con gli ostacoli che la relazione pone alla loro realizzazione. Torniamo a Cendon:

La grande scoperta [...] è che hai davanti a te qualcuno che non è disposto a buttare via la propria vita. Che sente di essere vivo, che vuole la cultura, la laurea, la conoscenza, l'amore, la tenerezza, il sesso, la gentilezza, l'amicizia, anche le vacanze, la mamma, il cane, la propria casa [...] è un soggetto desiderante esattamente come me, ci sono ostacoli che gli impediscono di realizzare questa sua combinazione, ed il compito della protezione giuridica è rimuovere queste difficoltà (Chiaravalle, 2012³⁰).

Il modello sotteso è che meno potere si ha nella relazione, più è difficile realizzare i propri chiari desideri. I deboli vanno supportati nel conflitto e difesi nei loro diritti senza sbandierarne la debolezza, per non peggiorarne la minorità. Badando che chi li supporta non diventi a sua volta sopraffattore. Lo stigma, la prevaricazione, la nemicità nel rapporto sono sempre in agguato.

Ma chi sono i *soggetti deboli* a cui l'istituto si rivolge? Con l'elaborazione della legge sull'AdS si compie un lavoro di riconoscimento e di concettualizzazione di cosa sia la fragilità sociale, quali le condizioni in cui la *capacità di agire* si indebolisce fino a produrre emarginazione, e come costruire servizi per affrontarle. Nella proposta di abrogazione dell'interdizione e dell'inabilitazione del 2007, Cendon specifica che i deboli non sono solo i *matti*. Vanno messi a punto *standard antropologico-funzionali* per l'individuazione dei *soggetti deboli*. Non verranno prese in considerazione esclusivamente:

²⁸ Il riferimento sono due interviste: Nicolao (2010) e Chiaravalle (2012).

²⁹ Documento web senza pagina.

³⁰ Documento web senza pagina.

le persone intrinsecamente fragili/svantaggiate, magari i “diversi” e gli infelici di sapore lombrosiano: gli individui versanti in condizione di disagio per effetto di patologie cliniche, vere e proprie, oppure a causa dei problemi di natura fisica o psichica che li affliggono. Occorre fare riferimento, più ampiamente, alle “persone indebolite”, ovvero agli esseri che figurino poveri di cittadinanza, precari, segregati o isolati, abbandonati a se stessi, manchevoli o eterodipendenti dall’esterno; vale a dire agli individui che, impossibilitati a “farcela” da soli quanto alla gestione dei passaggi della vita quotidiana (in quanto toccati da impedimenti di carattere fisico, o psichico, o sensoriale, o logistico, o anagrafico), continuano a non trovare, all’intorno, da parte della comunità organizzata, supporti idonei a consentire la realizzazione del progetto di vita loro proprio, più o meno complesso o ambizioso. [Vanno considerate anche] le persone che stanno “così così” – l’insieme degli esseri che si trovino privi cioè, per ragioni di varia natura, dell’autonomia relazionale e della “fragranza burocratica” necessaria a condurre appropriatamente la vita quotidiana. [Si comprenderebbero così] tipi di occlusioni “mondane”, apnee contabili, micro-spaesamenti di civiltà, blocchi e rallentamenti “organizzativo/funzionali” della persona – con aspetti di marcata gravità o cronicità, ma non necessariamente originati da fattori di ordine medico/clinico (Cendon, 2007, punto 1.2)³¹.

Sembra allora che la legge voglia forzare il tutto/niente del diritto, la cesura netta tra capacità e incapacità. Cendon vorrebbe un nuovo diritto, *dal basso*, dove non si parte da grandi principi ma da istanze reali, e da lì si costruiscono modelli. Cendon parla anche della paura del diritto, per cui solo la clientela *pesante* connotata da gravità e medicalizzazione e già dentro un sistema di interventi ai quali si aggiunge l’AdS, gli si accosta; mentre quella *leggera*, fuori dal sistema diagnostico, del quale diffida anche a ragione, si guarda bene dall’avvicinarsi. L’AdS dovrebbe aiutare a superare questa paura (Chiaravalle, 2012).

Colpisce in Cendon sia l’esigenza di forzare i limiti del diritto, sia come la logica giuridica si opponga al tentativo. Colpiscono l’esigenza di avventurarsi in aree grigie, l’attenzione ai desideri, la centralità delle esperienze e della loro disseminazione. Con la legge – la cui attuazione è per altro affidata ai giudici – si arriva ai confini dell’ottica giuridica, ma non si può superarla. Ottica per la quale l’individuo ha il potere dei diritti – che diventano immediatamente doveri verso la collettività – ma è denudato da quello del pensare e desiderare, che nella nostra ottica non esiste se non entro la relazione e i limiti del contesto. La sua auspicata autonomia diventa, nel riferimento alla capacità di intendere e di volere, un doveroso conformismo; i suoi desideri devono essere quelli attesi da chi in quel momento ha il potere di rappresentare la collettività e il dovere di tutelare sia quella che l’individuo (pensiamo al giudice, allo psichiatra, all’assistente sociale, per restare ai diagnostici citati).

La coperta corta della medicalizzazione delle categorie a rischio di emarginazione interloquisce entro l’AdS con l’ottica giuridica, diversa ma coerente con essa. L’idea di *psicologia* premessa alle due ottiche, individualista e normalizzata, differisce profondamente da quella della nostra esperienza di ricerca e intervento, dove lavoriamo in funzione della domanda, sapendo che essa è possibile solo entro la relazione che recupera la polisemia dei vissuti. Nell’intervento contro l’emarginazione, la domanda è un organizzatore della relazione profondamente diverso dalla diagnosi. È aperta la questione di come interloquire utilmente con medicalizzazione e ottica giuridica, i principali riferimenti sui problemi di emarginazione, rispettando le divergenze e trovando modalità integrative.

I risultati della ricerca che qui presentiamo offriranno, speriamo, risposte in questa direzione.

Metodo

Le interviste

Sono stati intervistati 17 amministratori di sostegno: 12 avvocati, 4 familiari, 1 assistente sociale. Per quanto riguarda il sesso, 6 degli intervistati sono maschi e 11 femmine³².

Tabella 1 - *Caratteristiche del gruppo intervistato*

³¹ Ricordiamo che la proposta è in attesa di approvazione (documento online senza pagina).

³² L’ipotesi di avere un gruppo bilanciato tra familiari e altre figure con funzioni di AdS è stata smentita dal fatto che i contatti con le seconde – il metodo di ricerca era a “cascata” – sono stati molto più numerosi. Molti AdS del gruppo hanno in carico più di una persona (alcuni 20 e più). Vogliamo ricordare che ad oggi sembrano non esservi dati che rappresentino in modo comprensivo l’universo degli amministratori di sostegno in Italia (ad esempio, sulle diverse figure che assumono tale incarico e i problemi di cui si occupano), eccetto dati forniti da un numero molto limitato di organizzazioni e tribunali circa realtà locali.

Amministratori di sostegno (N=17)	
Sesso	
Maschi	Femmine
6	11
Ruolo	
Familiari e altro	Avvocati
5	12

Le interviste, aperte, a partire da un'unica domanda stimolo, concernevano le associazioni degli intervistati sulla loro esperienza di AdS, in rapporto al problema dell'isolamento delle persone assistite. Il contesto sanitario non era nominato, ma veniva evocato dall'identità del gruppo di ricerca, che si presentava sia come cattedra di psicologia che come San Filippo Neri e Fatebenefratelli, due Ospedali romani committenti della ricerca.

Le interviste erano precedute da una telefonata. La traccia per la domanda stimolo è la seguente:

Gentile sig. X,

come le dicevo nella nostra telefonata, mi chiamo Y, mi ha dato il suo contatto Z; le ricordo che faccio parte di un gruppo di ricerca condotto da una cattedra di psicologia di Sapienza che sta esplorando problemi di convivenza, quali ad esempio disabilità, anziani, servizi di salute mentale, ospedale, medicina di base, con particolare attenzione al problema dell'isolamento delle persone. Abbiamo pensato che gli Amministratori di Sostegno abbiano in questo campo esperienze molto interessanti. Il metodo di ricerca è ascoltarla per conoscere la sua esperienza e raccogliere le sue opinioni; un'intervista di mezz'ora con lei ci sarà molto utile. Le chiederò di usare il registratore per ascoltare meglio e perché sarà il testo registrato, anonimo, ad essere analizzato. I nostri dati saranno condivisi con tutti i partecipanti alla ricerca che lo vorranno. La ringrazio della cortesia, possiamo cominciare subito.

Analisi Emozionale del Testo

Tutte le interviste sono state registrate, trascritte e raccolte a formare un unico corpus testuale che è stato in seguito analizzato attraverso Analisi Emozionale del Testo (AET; Carli & Paniccia, 2002; Carli, Paniccia, Giovagnoli, Carbone, & Bucci, 2016). AET consente la rilevazione delle parole dense all'interno di un corpus testuale, ovvero parole aventi alta polisemia emozionale e bassa ambiguità³³. Successivamente, analizzando la co-occorrenza delle parole all'interno del testo – mediante analisi dei cluster e delle corrispondenze multiple – AET permette di ottenere dei cluster di parole dense posizionati entro uno spazio fattoriale, offrendo in tal modo una mappatura delle simbolizzazioni emozionali condivise dagli intervistati nei confronti del tema di ricerca proposto loro attraverso la domanda stimolo.

Risultati

Dall'analisi dei dati sono emersi quattro cluster di parole dense entro uno spazio fattoriale a tre dimensioni (Fig. 1; Tab. 2). La figura 2 e la tabella 3 illustrano lo spazio fattoriale e la relazione tra i cluster e gli assi fattoriali³⁴. Sul primo fattore si contrappongono il Cluster 4 (C4) da un lato, e i Cluster 2 e 1 (C2 e C1) dall'altro. Sul secondo fattore si oppongono il Cluster 3 (C3) e il C4. Il C4 viene così a trovarsi in rapporto

³³ Con *parole dense* intendiamo parole che siano emozionalmente significative anche quando isolate dal loro contesto discorsivo; in questo senso, esse hanno alta polisemia emozionale e bassa ambiguità. Al contrario, le parole emozionalmente ambigue diventano significative solo all'interno del contesto discorsivo e vengono dette avere bassa polisemia. Ad esempio il verbo *andare* ha un basso profilo emozionale — *Dove vai stasera?* — e non indica emozioni se non all'interno di una frase. Parole invece come *andar via*, *odio*, *fallimento*, *ambizione*, sono caratterizzate da un massimo di densità emozionale e un minimo di ambiguità. La loro densità emozionale è evidente anche se tolte dal contesto frasale.

³⁴ Le polarità positiva e negativa del terzo fattore non sono rappresentate in Figura 2.

sia con la polarità positiva del primo fattore, che con quella negativa del secondo, e si contrappone tanto a C2 e C1, che a C3. Sul terzo fattore troviamo il C1 sul polo negativo e il C2 su quello positivo.

La tabella 4 mostra le parole dense più significative appartenenti a ciascun cluster.

Procediamo ora analizzando i singoli cluster. Proporrò a seguire una lettura d'insieme dei risultati della ricerca e alcune considerazioni conclusive.

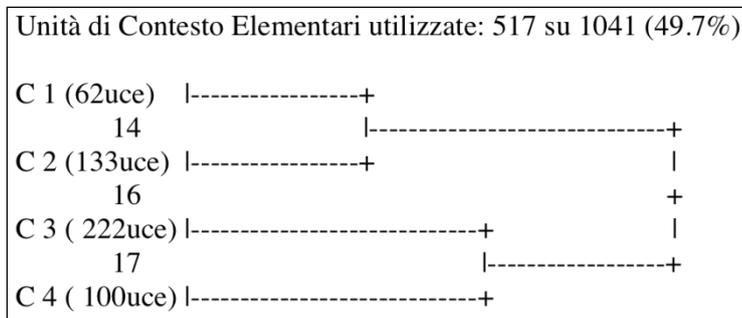


Figura 1 - Analisi dei cluster con metodo gerarchico (dendrogramma)

Tabella 2 - Analisi Corrispondenze Multiple

Fattori	Autovalore	Percentuale	Cumulata
F1	0.46432725	39.09918	39.099
F2	0.40890041	34.43190	73.531
F3	0.31433499	26.46892	100.000

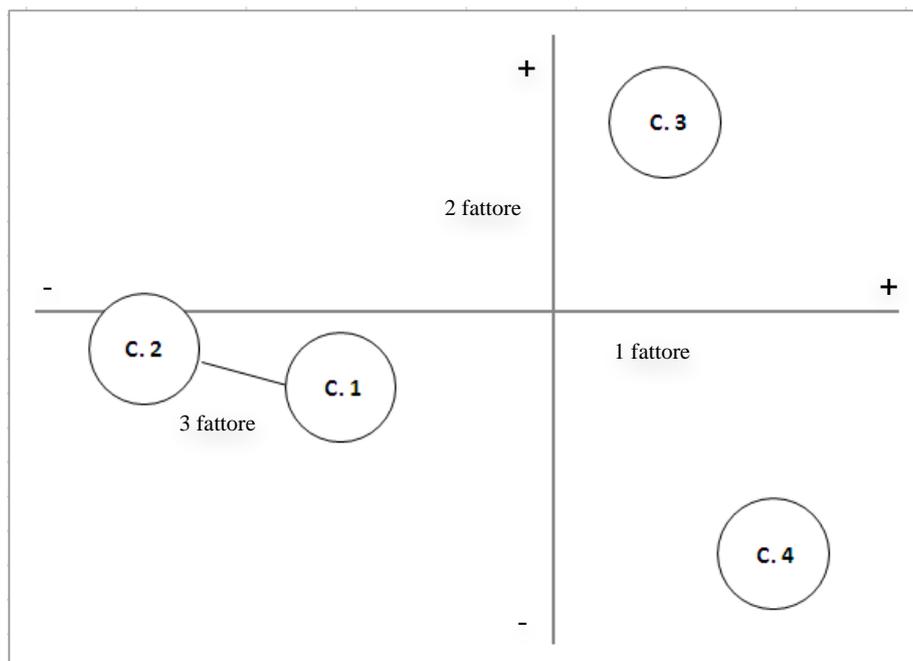


Figura 2 - Lo spazio fattoriale

Tabella 3 - Relazione tra Cluster (C) e assi Fattoriali (F) (centroidi deiclustero)

	F1	F2	F3
C 1	-0.615	-0.272	-1.359
C 2	-1.182	-0.134	0.614
C 3	0.325	0.683	0.027
C 4	0.637	-0.875	0.171

Tabella 4 - Cluster di parole dense ordinate per Chi-square

Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		Cluster 4	
χ^2	Parole dense	χ^2	Parole dense	χ^2	Parole dense	χ^2	Parole dense
37,56	Disagio	60,31	Figli	89,52	Giudice	126,74	Pensione
34,80	Ricovero	27,96	Isolamento	68,43	Amministratore sostegno	45,51	Assistenza
30,64	Psichiatria	20,49	Consapevolezza	26,96	Tutela	42,52	Assegno accompagnamento
29,58	Abbandono	19,65	Disabile	24,41	Tribunale	42,52	Affitto
29,58	Sigarette	17,53	Serenità	16,32	Istanza	36,90	Indennizzo
29,27	Violenza	16,8	Aiuto	14,93	Decreto	31,42	Pagamento
25,94	Raccontare	15,61	Grave	13,55	Udienza	29,59	Equo
25,00	Sorella	14,58	Pizza	13,26	Sostituire		
22,27	Comunità	12,99	Marito				
22,13	Barbone						

Vediamo i singoli cluster.

Iniziamo dal C4. La prima parola è **pensione**, dal latino *pendere*, pagare. Rendita corrisposta dallo stato o altri enti, in base a diritti acquisiti per una pregressa attività, o in seguito a una diagnosi di invalidità. La seconda è **assistenza**: stare presso; stare vicino a qualcuno per aiutarlo, giovargli in qualche modo. Qualcuno ha bisogno di assistenza e di un reddito non derivante dal lavoro. Le parole seguenti lo ribadiscono, e lo mettono in rapporto con una disabilità diagnosticata, fortemente invalidante. L'**assegno di accompagnamento** è infatti un'indennità concessa per invalidità grave³⁵. Segue **affitto**, il pagamento che permette a qualcuno l'uso di un bene di un altro, per esempio una casa. La casa è un bene primario: *l'aver un tetto sulla testa* è condizione base di vita. Un invalido diagnosticato come molto grave ha bisogno di assistenza; la collettività lo prende in carico con delle indennità, una pensione. Per garantirsi la sopravvivenza non deve accedere a queste risorse e fronteggiare pagamenti, come l'affitto. Si evocano transazioni che richiedono capacità, dallo spostarsi alla cognizione delle modalità per compiere questi atti, che l'invalido grave, fisico o psichico, non ha. Il cluster sembra stare, con coerenza un po' monotona, tra il polo della sopravvivenza e quello di una routine amministrativa di sopravvivenza, che ciascuno fronteggerebbe se non impedito da invalidità grave. È l'ipotesi ridotta all'osso dell'AdS: l'invalidità è molto grave e l'assistenza è basilare, finalizzata alla sopravvivenza. Manca l'assistenza alla vasta area delle incapacità non diagnosticate e non molto gravi, tuttavia previste dalla legge. Manca anche *l'assistenza alla persona* che va oltre gli atti amministrativi basilari volti alla sopravvivenza, per entrare sia nel campo dei *bisogni individuali* di difficile definizione, che dell'assistenza sanitaria con tutta la sua complessità.

³⁵ Hanno diritto all'indennità di accompagnamento gli invalidi civili che hanno ottenuto il riconoscimento di una invalidità totale e permanente del 100%. Occorre una diagnosi che definisca la persona *impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore* oppure *che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita*. A differenza di altri benefici economici concessi agli invalidi, è indipendente dall'età e dalle condizioni reddituali della persona. Ha la natura giuridica di contributo forfettario per il rimborso delle spese conseguenti all'oggettiva situazione di invalidità.

Segue **indennizzo**: compenso o rimborso per un danno subito, per il sacrificio di un diritto, o per altri disagi o spese sostenute. Sembra che si proceda in continuità. Ma l'indennizzo riguarda anche l'AdS. La prestazione di quest'ultimo, gratuita, può essere compensata da un indennizzo, stabilito di volta in volta dal giudice tutelare. L'indennizzo accomuna disabile e AdS. Segue **pagamento**: trasferimento da una persona a un'altra di denaro o altro bene, per estinguere un'obbligazione. È ciò che l'AdS non può ricevere, e che viene sostituito dall'indennizzo. Sia la legge che la cultura che accompagnano l'AdS impediscono un suo pagamento; la sola ipotesi viene riprovata. Si ritiene che l'amministrazione di sostegno debba essere fondata su valori solidaristici, visti come confliggenti con il profitto; quest'ultimo sarebbe connesso inestricabilmente all'egoismo profittatore. Segue **equo**: giusto, ragionevole. AdS e assistito hanno diritto a un giusto risarcimento. Il riferimento per il risarcimento è l'equità, per il pagamento sarebbe l'utilità. Sono universi emozionali diversi e confliggenti. L'indennizzo va di volta in volta stabilito dal giudice in base a eque considerazioni, più che su verifiche di efficacia e utilità.

Il cluster è caratterizzato dall'assistenza circoscritta all'invalidità grave, entro prassi routinarie e prevedibili, garantenti la sopravvivenza, come la pensione o l'affitto. Non c'è modo di conoscere le attese dell'assistito o di fronteggiare imprevisti, se non come intoppi nel loro svolgimento. La risorsa primaria è il danaro. AdS e assistito ricevono entrambi un risarcimento per un disagio sostenuto; la mancanza di pagamento dell'AdS lo accomuna all'assistito entro la categoria delle persone da risarcire con equità.

Vediamo ora il C2 e il C1, contrapposti tra loro.

Nel C2 la prima parola è **figli**, seguita da **isolamento**. Si evocano il legame familiare della dipendenza generazionale e l'isolamento. La risorsa non è il danaro, come nel C4, ma il rapporto. Per altro, è risorsa in stato critico. Si fronteggia l'isolamento dell'assistito e della famiglia, la cui vita ruota intorno a un suo membro in difficoltà. È noto che il welfare italiano è fondato sull'affidamento alla famiglia tradizionale, supportata con sussidi prevalentemente economici, dei suoi membri in difficoltà. Lo Stato investe su questo più che sui servizi. Segue **consapevolezza**. Consapevole: informato di un fatto, con piena coscienza di un evento. L'evento lo dice la parola successiva: **disabile**. La famiglia ha la questione del prendere coscienza. Viene alla mente una questione ricorsiva per chi presta un servizio con la disabilità: che la famiglia accetti la disabilità; il che rimanda immediatamente al fatto che accetti il servizio, le modalità in cui viene offerto, chi lo offre. La famiglia consapevole accoglie l'AdS con **serenità** – la parola successiva – e ne accetta l'**aiuto**, parola che segue subito dopo. Segue **grave**: la necessità dell'accettare l'AdS è motivata dalla gravità. In questo tra C2 e 4 non c'è contrapposizione: la gravità sembra essere la condizione necessaria per motivare e giustificare l'AdS: la domanda non è prevista. Segue **pizza**: *andiamo a farci una pizza*, dicono gli amici che vogliono incontrarsi. Si mangia fuori, insieme, senza grande spesa; si esce dalla ripetitività e dai problemi della casa per una sosta distensiva. La gravità dell'assistito, il dovere di soccorrerlo, sembrano ricomporre le tensioni: ci si può incontrare, se c'è consapevolezza della gravità. Ci si incontra se si condivide un dovere, un obbligo. Segue **marito**: l'assistenza familiare è tradizionalmente femminile, assimilando l'assistenza alla cura materna e a un figlio bisognoso il familiare in difficoltà. L'uomo appare ora, come marito, dopo che la tensione sull'assistenza è stata risolta dalla consapevolezza della gravità che propone ineludibili doveri.

Vediamo ora il C1, sul polo positivo del terzo fattore, contrapposto al C2. È un altro contesto di vita dell'assistito che va oltre la relazione duale con l'AdS del C4; quello che gli si propone se non c'è la famiglia del C2. Un contesto marcato dalla psichiatizzazione della disabilità. Le prime tre parole sono **disagio**, **ricovero** e **psichiatria**; è un ricovero precario e minaccioso: segue **abbandono**. Poi **sigarette**: nei luoghi della salute mentale si sa della rilevanza delle sigarette, del loro alto consumo, della loro proibizione; si conosce il richiederle a tutti, insistentemente, del ricoverato; spesso come unica cosa che sa o può chiedere. Segue **violenza**. Poi **raccontare**; sembra l'alternativa alle sigarette e alla violenza. Si potrebbe dare parola al disagio. Segue **sorella**; ricompare la famiglia, in una veste più di solidarietà fraterna che di dipendenza filiale. Poi **comunità**. Vengono alla mente i servizi psichiatrici in cui si vorrebbe ricostruire la cultura familiare, spesso ricreata nei suoi aspetti più problematici, perché senza futuro. Segue **barbone**: il ricovero, la comunità falliscono; ci si ritrova senza dimora, ai margini della comunità. Il C1 è quello del fallimento dei servizi, visti per altro come i soli servizi psichiatrici, come alternativa alla famiglia. Abbandono e violenza predominano, si rischia l'espulsione dai contesti di convivenza.

Consideriamo ora il secondo fattore, dove si contrappongono C4 e C3. Del C4 abbiamo detto, vediamo il C3. Il cluster inizia con la coppia **giudice/AdS**. Il ruolo di amministratore viene strettamente connesso alla legittimazione del tribunale. La terza parola, **tutela**, ne delinea la funzione. Tutelare è difendere, proteggere, salvaguardare contro danni, offese, azioni illecite. Vengono alla mente la cultura dei diritti della persona, il ruolo di difensore dell'avvocato. Ricordiamo che la maggioranza degli intervistati è di avvocati. Nel C3 il contesto di relazione dell'assistito è conflittuale e nemico. L'assistito va tutelato. Tenendo presente che, nel dibattito sull'istituto, non è del tutto risolta la questione se debba essere tutelato anche dall'AdS. Un istituto che nasce per superare la violenza dell'interdizione, ma che deriva da essa e che non ha sciolto molte questioni del suo rapporto con essa. Segue **tribunale**: il luogo dove viene amministrata la giustizia, attribuendo a ciascuno ciò che gli è dovuto secondo la ragione e la legge. Poi **istanza**: domanda scritta, rivolta a una pubblica autorità per ottenere qualche cosa. Parola propria del linguaggio giuridico, come la seguente: **decreto**, che rimanda a una parola latina che significa deliberare. Ciò che è deliberato, stabilito. Poi **udienza**: fase del processo che si svolge di fronte al giudice. Anche il C3 delinea un contesto: il tribunale, con la forza accentratrice della sua cultura, delle sue regole, del suo linguaggio, delle sue modalità di relazione. Qui l'assistito è soprattutto da tutelare; grazie al tribunale, ma forse anche contro il tribunale. L'interdizione, è esclusione della capacità di agire o dell'esercizio di determinati diritti; l'AdS vuole ridare questa capacità a chi non può per qualche motivo esercitarla: come? Con la sostituzione, come dice la parola seguente. **Sostituire**: mettere una persona o una cosa al posto di un'altra. Questo è il nocciolo violento dell'interdizione che l'AdS vuole relegare nel passato senza riuscirci pienamente.

In una sintesi del piano fattoriale, consideriamo il primo fattore. Si oppongono da un lato la relazione duale assistente – assistito (C4), dall'altro due più articolati contesti di vita dell'assistito, dove per altro non si evidenzia la presenza dell'AdS: la famiglia (C2) e i servizi sociosanitari, in particolare quelli di salute mentale (C1). Entro la relazione duale assistente-assistito sono presenti in modo esplicito funzioni dell'AdS; negli altri, più ampie articolati contesti di vita dell'assistito, no. Nel C2 – famiglia, sembra che gli intervistati auspichino l'accettazione dell'AdS da parte della famiglia stessa, contro il rischio di isolamento e in nome della consapevolezza della disabilità. Ricordiamo che gli AdS intervistati sono nella maggioranza avvocati e non familiari. Questo vuol dire che il familiare che poteva svolgere quella funzione, per i più vari motivi, manca; a volte, questo segnala un conflitto tra la decisione del giudice tutelare di affidare l'AdS a un avvocato e la famiglia attuale o potenziale. L'AdS in tale caso deve fronteggiare un conflitto, e la sua accettazione da parte della famiglia diventa centrale. Nel C1 – servizi psichiatrici, l'AdS sembra assente, ovvero pare aver fallito: il cluster propone per l'assistito un itinerario di emarginazione crescente. Gli AdS intervistati non si percepiscono come interlocutori efficaci dei servizi psichiatrici.

Sul secondo fattore si oppongono il contesto-tribunale, tutto centrato sulle sue regole (C3), e la coppia AdS/assistito del C4. La contrapposizione è esemplificata da due verbi: *tutelare* (C3) da un lato, *assistere* (C4) dall'altro. Nella tutela, l'AdS, satellite dell'apparato giudiziario, che come dicevamo ha un ruolo centrale, ha una prevalente funzione protettiva o difensiva, di salvaguardia dell'assistito. La premessa implicita è che ci si muove in un contesto sociale fatto di relazioni conflittuali e di interessi contrapposti; un contesto entro il quale l'individuo *fragile*, in particolare sotto il profilo del rischio di essere sopraffatto entro una relazione nemica, deve essere difeso. L'assistenza rimanda a un'altra cultura: al prestare la propria opera a chi ne abbia bisogno, recando conforto, aiuto, soccorso; il movente sono situazioni di bisogno e di difficoltà di un individuo, tali da impedirgli di godere dei diritti di cittadinanza. In un caso l'assistito va difeso entro situazioni di conflitto sopraffattorio (C3), nell'altro da situazioni di emarginazione (C4).

Vediamo meglio che tipo di relazione c'è entro la coppia assistente-assistito del C4, che è una sorta di perno dell'intero piano fattoriale, contrapponendosi a esso tutti gli altri cluster. Una prima considerazione, riassuntiva: si tratta di un rapporto fortemente limitato rispetto agli auspici con cui è stato promosso l'istituto. Sembra circoscritto all'assistenza nelle transazioni economiche volte alla sopravvivenza, in casi di gravità. Manca tutto ciò che la letteratura che accompagna la creazione dell'istituto ha chiamato *l'assistenza alla persona* e *l'ascolto dei bisogni*. Includendo tutti i casi che necessitano di assistenza, anche per forme di inabilità transitoria e non grave, e per tutte le questioni che rientrano nei diritti dell'assistito e che questi senza assistenza non può risolvere. Questo mandato molto generale trova nei nostri dati l'interpretazione più restrittiva.

Inoltre, nell'assistenza alla persona presente negli intenti della legge rientra il grande ambito delle cure mediche. Ambito dove è presente l'attesa che l'AdS interloquisca con il personale sanitario non solo nel caso

del fine vita, al centro del dibattito, ma più in generale nelle questioni dove sono necessarie prese di decisione critiche per gli operatori sanitari. Mentre ci sono queste attese nei confronti dell'AdS, l'unico ambito sanitario evocato nel piano fattoriale è la psichiatria; senza che emerga, per altro, l'importante funzione che l'AdS potrebbe avervi, anzi, se ne evidenzia l'assenza. Esiste per ciò un mandato in ambito sanitario, al quale gli intervistati non rispondono. Ricordiamo che è un ambito segnato da profondi conflitti tra parti opposte, ognuna operante in nome dei diritti della persona che in quel momento non può pronunciarsi direttamente perché inabilitata dalla malattia; diritti che vengono però diversamente intesi. Esempio è la contrapposizione tra ottica laica o religiosa nel fine vita.

Un'altra assenza nello spazio fattoriale sono le attese degli assistiti, che hanno uno spazio centrale negli intenti di chi ha promosso la legge. Anche questo è un ambito impervio: nel dibattito sull'*ascolto dei bisogni* mancano competenze professionali, modelli dell'attesa o del desiderio che permettano di passare dall'auspicio alla realizzazione. Sembrano prevalere – pensiamo alla letteratura sull'istituto – miti individualisti (Paniccia, 2013). Il desiderio vi appare come l'idiosincratico pretendere del singolo individuo, tendenzialmente destinato al fallimento se non si ha il potere sociale di imporlo. Questo individuo non ha alcun bisogno della relazione, quindi dei limiti di un contesto di rapporti, per definire il proprio desiderio; anzi, nella relazione troverà vincoli e conflitti quando si scontrerà con le pretese degli altri. Se non ha il potere sociale di sostenere il proprio desiderio, avrà bisogno del supporto di altri, che però siano controllati da una giustizia che tutela i diritti dell'assistito da un lato, e che siano *virtuosi* dall'altro. Ovvero non siano egoisti e avidi come generalmente ci si attende; in altri termini, siano in grado di rinunciare alle proprie pretese (tra questi dovrebbero esserci gli AdS)³⁶. Queste virtù vengono richieste al posto di una competenza professionale che si occupi delle attese dell'assistito, che per altro non è nemmeno immaginata, e su questo si fonda l'esigenza che l'attività di AdS sia svolta in regime di volontariato gratuito. Questo *modello* rende in tal modo pertinenti sia la tutela giuridica che il volontariato fondato sul valore della solidarietà; ma se si dimentica che tale modello non risponde alla realtà psicologica dell'assistito e dell'assistente, né a quella della relazione tra loro, sarà difficile attendersi che si declini in opportuni comportamenti. È questa contraddizione dell'istituto, che si pone finalità di relazione complesse, ma impedisce che si sviluppi una competenza ad affrontarle, che crediamo sia all'origine delle elusioni segnalate nel piano fattoriale. Intendiamo riferirci alla mancata risposta al mandato di occuparsi delle attese dell'assistito, come pure delle questioni che gli si pongono in ambito sanitario.

In precedenti lavori abbiamo proposto un modello psicologico del rapporto individuo – contesto e rimandiamo a quello per un'alternativa a tale impasse modellistica e di prassi; in particolare, rimandiamo a un contributo dove la proposta è specificamente riferita alle categorie sociali a rischio di emarginazione (Paniccia, 2012). Qui ci limitiamo a dire che mentre le attese dell'assistito non sono considerate nell'intervento di assistenza dagli AdS intervistati, nemmeno quando questi può esprimerle, esse possono essere invece risorsa se si ha la competenza a leggerle come domanda.

Si può fare l'ipotesi che le esperienze di assistenza siano più variegata di quanto il piano fattoriale non dica. Ma anche qui ha un peso l'interdizione a trasformare in competenza professionale, quindi in esperienze resocontabili, l'attività di AdS. Ci siamo anche chiesti perché sia stato più facile contattare gli AdS avvocati, degli AdS familiari. Se è possibile fare un'ipotesi, è che nel caso dei familiari l'esperienza è ancor meno codificata, tradotta in linguaggio. In conclusione, proponiamo questo nostro lavoro come un contributo a sviluppare una specifica competenza professionale nell'attuazione dell'istituto.

³⁶ Per una diversa ipotesi sul *desiderio* si vedano, ad esempio, Carli (2011) e Carli & Paniccia (2014). In questi lavori non solo si fa riferimento ad un modello psicologico del desiderio, ma anche a un modello dove la relazione, e quindi il contesto, sono risorse necessarie perché le attese non prendano la deriva della pretesa destinata a fallire, ma divengano invece desideri realizzativi. Il termine *desiderare*, nella nostra lingua, significa etimologicamente *de-sidera: togliere lo sguardo dalle stelle*. Il desiderio è l'accettazione dei *limiti* della condizione umana, ed è al contempo “la possibilità di superare la passività che può derivare da questa limitatezza, e l'intrapresa di opere importanti perché fondate sulla realtà della propria condizione” (Carli & Paniccia, 2014, p. 42). La relazione, e quindi i contesti di relazione, sono risorse centrali in questa esperienza di accettazione del limite, dove si “rinuncia all'onnipotenza [delle fantasie, all'illimitatezza della pretesa] per misurarsi con il potere che è proprio di chi si confronta con la realtà delle cose, con la fatica e le difficoltà che s'incontrano nella realizzazione di cose terze” (Carli & Paniccia, 2014, p. 42).

Bibliografia

- Bifulco, R., Celotto, A., & Olivetti, M. (Eds.). (2006). *Commentario alla Costituzione* [Notes on the Constitution]. Milano: UTET.
- Carli, R. (2011). Divagazioni sull'identità [A digression on identity]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi [The emotional textual analysis: A psychological tool for reading texts and discourses]. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., Paniccia, R.M., Giovagnoli, F., Carbone, A., & Bucci, F. (2016). Emotional Textual Analysis. In: L.A. Jason & D.S. Glenwick (Eds.), *Handbook of methodological approaches to community-based research: Qualitative, quantitative, and mixed methods* (pp. 111-117). New York, NY: Oxford University Press.
- Cendon, P. (2007). *Rafforzamento dell'amministrazione di sostegno e Abrogazione dell'interdizione e dell'inabilitazione: Bozza Cendon 2007* [Enhancement of Support Administration and abrogation of interdiction and incapacitation: Draft by Cendon 2007]. Retrieved from: www.personaedanno.it
- Chiaravalle, S. (2012). *Una mongolfiera sopra il cielo di Trieste: Intervista al prof. Cendon* [A hot air balloon above the sky of Trieste: Interview with prof. Cendon]. Retrieved from: www.personaedanno.it
- Inclusion Europe (2007). *Justice, Rights and Inclusion for People with Intellectual Disability*. Cornell University ILR School. Retrieved from: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/278>
- Infantino, D. (2012). Liquidazione dell'A.d.s.: Natura retributiva o indennitaria [Support administrator's severance pay: Remuneration or indemnity]. *Tigor: Rivista di Scienze della Comunicazione*, IV(2), 161-163. Retrieved from: www.openstarts.units.it
- Nicolao, C. (2010). *Amministrazione di sostegno: Intervista a Paolo Cendon* [Support administrator: Interview with Paolo Cendon]. Retrieved from: www.personaedanno.it
- Paniccia, R.M. (2012). Psicologia clinica e disabilità: La competenza a integrare differenze [Clinical psychology and disability: The competence in integrating differences]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 91-110. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M. (2013). Individuo e individualismo come categorie emozionali entro una cultura della convivenza che propone rischi di emarginazione [Individual and individualism as emotional categories within a culture of coexistence that proposes marginalization risks]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 26-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Paniccia, R.M. (2014). L'amministrazione di sostegno e le categorie emozionali della solidarietà [Support administrator and emotional categories of solidarity]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 6-25. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/Quaderni>
- Piccinni, M. (2011). Relazione terapeutica e consenso dell'adulto "incapace": Dalla sostituzione al sostegno [Therapeutic relationship and consent of the "incapable" adult: From substitution to support]. In L. Lenti, E. Palermo Fabris, & P. Zatti (Eds.), *I diritti in medicina* (pp. 361-415). Milano: Giuffrè.
- Piccinni, M., & Roma, U. (2014). Amministrazione di sostegno e disposizioni anticipate di trattamento: Protezione della persona e promozione dell'autonomia [Support administration and advance decisions of treatment: Protection of the person and promotion of autonomy]. *Rivista trimestrale di diritto e procedura civile*, LXVIII(2), 726-740.
- Ramponi, L. (2014). *La difficile sfida delle amministrazioni di sostegno* [The difficult challenge of support administrations]. Retrieved from <http://www.questionegiustizia.it/>

Sinatra, D. (2011). *Amministrazione di sostegno, interdizione e incapacitazione: La difficile coesistenza* [Support administration, interdiction and incapacitation: The difficult coexistence]. Retrieved from: www.diritto.it

Tagliaferri, C. (2010). *L'amministrazione di sostegno nell'interpretazione della giurisprudenza* [Support administration on legal interpretation]. Piacenza: Celt.

Mental Illness: Reflections on the Papers Presented in the Special Issue of Rivista di Psicologia Clinica 1/2014

Roberto Vari*

Abstract

This article presents reflections about some questions emerged in the papers that several scholars have produced for the Special Issue of Rivista di Psicologia Clinica 1/2014, dedicated to mental illness. The author here remarks the fact that many scholars agree on criticising the approaches mainly based on the individual as they are considered reductive and ineffective. He takes in consideration the different theoretical and operational methods exposed in the papers that go beyond the focus on the individual in the intervention for mental illness. The author's analysis pinpoints the most controversial aspects present in the various proposals and proceeds with the thesis that sometimes in the intervention the shift of focus towards the relationship between individual and social context occurs in the absence of a clear theoretical model. In the intervention which aims at the integration of the mentally ill patient in the coexistence milieu, this limit involves the risk of an opaque definition of psychological expertise, getting it mistaken for an activity based on social and humanitarian efforts – hence the necessity to develop a tight correlation between praxis involving interventions on coexistence milieus and theoretical models that clarify their sense.

Keywords: mental illness; madness; individual/context relationship; integration; Health Mental Center.

* Clinical Psychologist, Mental Health Center - U.S.L. Roma D, formerly in charge of Operational Unit: “Admission Process and Short-Term Interventions”. E-mail: roberto.vari9@gmail.com

Vari, R. (2015). Malattia mentale: Riflessioni sui contributi presentati nella Special Issue della Rivista di Psicologia Clinica 1/2014 [Mental Illness: Reflections about the papers presented in the Special Issue of Rivista di Psicologia Clinica 1/2014]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 118-140. doi: 10.14645/RPC.2015.2.553

Foreword

In the Special Issue of *Rivista di Psicologia Clinica* 1/2014 different Authors, including the writer of this paper, wrote some reflections on mental illness specifically focusing on the topic of the relation between the individual and the context. This paper of mine aims at promoting and developing a discussion on the matter through personal reflections and considerations inspired by the works issued in the review.

It often occurs that the clinical experiences or theoretical models proposed by various scholars keep being isolated contributions, scattered tiles of a mosaic. There hardly is a way for the expressed ideas to generate any debate; the issued works disperse in several thematic rivulets which are not easy to be brought back to coherent thematic cores.

Clinical psychology, as various Authors often state, is not only a theory of the mind, but is also an intervention that responds to a demand. Hence, the operative value of the discipline, being centred on emotions and interpersonal relationships, results tightly moored to the problems of social coexistence. Matching different theoretical – operative perspectives – which may result sterile practice if based on abstract and de-contextualised themes – will result more fertile practice when the focus of the discussion is characterised by a strong social value theme as the mental illness.

The papers in the Special issue turned out to be very interesting as they thoroughly highlighted, according to a variety of perspectives, the limits of the approaches exclusively based on the individual; in the meantime they point out the absolute prevalence of the intervention based on the individual in the operating centres of the various countries. The different Authors also propose other meaningful points of interest represented by ideas, experiences and theoretical-operative models focused on the relationship between the individual and the context. Understanding and distinguishing some common points and the diverging ones, often implicit, presented in the various works will be the leitmotiv of the reflections which will follow. My purpose will be enucleating from the various proposals those elements that, in my opinion, can raise queries or further questions. It is worth specifying that such a choice involves a selection that, for reasons of space, will unfortunately but inevitably leave out many interesting and relevant reflections exposed by the Authors.

Madness: an elusive definition

Carli and Paniccia (2014) express themselves in such terms:

In the etymological dictionary by De Mauro and Mancini (2000) “madman” is defined as someone who has a degree of serious impairment of the intellectual faculties; the synonyms offered are expressions like mental case, crazy, nutcase. A curious definition, because it only mentions “intellectual faculties”, while what is typical of the relationship with “madmen” is the difficult emotionality that marks it. It is also curious because among the synonyms there appears “mental illness”, a-critically equated to folly and madness. Madman, crazy, fool, are terms that do not necessarily, a-critically, refer to the “mentally ill person”. Between the status of “madman” and that of “mentally ill” there is a huge difference (p. 10).

The same Authors point out that the definition of “madman” is activated as the result of a failure of the collusive pact which sustain the emotional symbolization of the coexistence context and which presides over the relationships of reciprocity, break up that results in experience of extraneousness and unpredictability:

In the theory of collusion that we put forward years ago, cultures are particular systems of emotionally shared collusive symbolizations of the events characterizing social adjustment in specific contexts. In these systems, each person supports the code of conduct that organizes the social system he belongs to. We regard those who do not share this collusive system as “mad”; those who, with their behaviour and their emotional expressivity, convey its failure. The definition of “mad” therefore needs to be adjusted. A person does not fail to adapt to the shared collusive dynamics “because he is mad”. Instead, the person who fails to share the collusion is called “mad” in that the reasons for this failure are unknown (p. 10).

They also notice that madness is considered as such if the violation of the collusive pact is carried out by the single individual; collective phenomena like wars, say the Authors, are not considered folly.

Carli and Paniccia’s conceptualisation of madness is interesting as it makes use of the relational vertex of the coexistence context instead of the intrapsychic vertex. In the latter madness is linked to the irruption of affectivity not mediated by the secondary process thinking, to the confusion between the dream world and the wake world, to the dominance of the symmetric unconscious thought in Matte Blanco’s words (1975/1981).

In the sense stressed by this Authors, strangeness, unpredictability and madness no more represent natural and absolute categories exclusively belonging to the individual, on the contrary they are the result of the failure of the collusive pact inside the social context, historically determined. In other words what is considered crazy and incomprehensible is what does not fit to the collusive reciprocity existing within a specific culture. Saint Francis from Assisi would likely be considered mad nowadays, while at the time a culture strongly characterized by mysticism and religion considered his behaviour acceptable.

Treating the subject matter under this perspective makes it less immediate to grasp as the collusive pact, however founded on affective symbolisations, is reified and consequently experienced as founded on reason as opposed to irrationality.

According to Carli and Paniccia, the definition of “madman” corresponds to a specific failure of the shared collusive dynamics, that is, incomprehensibility.

Their discourse indirectly implies that crime, alcoholism as well as other less visible phenomena of everyday coexistence pertain to other kinds of collusive failure. The interpretative model proposed by the Authors has the merit of being very clear and it grasps, in my opinion, some fundamental elements of the issue. Yet it is reasonable to question to what extent failure of collusion associated to unpredictability, strangeness and incomprehensibility is enough to define the phenomenon of madness.

In several circumstances relational situations appear strange and incomprehensible even if they are not felt as madness. Think for example of the frequency, in daily interpersonal relationships, of the expression “you must be crazy” every time the other’s behaviour does not seem to conform to the current one and so it results incomprehensible. Such an expression confirms on the one hand the Authors’ assumptions; on the other, it is also true that the ones actually identified as crazy are not the same individuals the expression is addressed to. Should we make the hypothesis that the definition of madness sets off when the “basic” areas of the shared collusive dynamics fail? How to identify them? Moreover, wouldn’t we end up separating them from the cultural-historical background and so run the risk of restoring an essentialist approach? We could suppose that the violation of the shared collusive dynamics characterised by incomprehensibility results in a necessary but not sufficient condition to define madness. Maybe it is necessary to reckon that other elements contribute to rouse an emotional experience that is finally represented as madness. Such elements, in a certain sense, appear well-known but at the same time obscure and elusive. In so far a definition of the phenomenon of madness is attempted, it always seems that something slips away; the alteration of the relationship between the subject and reality, usually considered typical in madness, is an example. Indeed wherever we presume a clear boundary between the subject and reality, we risk skating on thin ice; some examples can illustrate the difficulty in dealing with this topic since the past times: the thousand-year old philosophical disputes where the issue of the relationship with reality refers to the subject/object relationship; the antinomies finite/infinite or one/manifold; the different epistemological models dealing with the cognitive relation between subject and object; the antinomy individual/relationship – which is the central theme of the Special Issue. Particularly significant in this sense are also a number of literary references, among which “Life is a Dream” by Calderón de la Barca or the universalistic geniality of Shakespeare’s works where reality, dream, folly, play, theatrical fiction and role reversals interlace and run after each other almost mixing up, like in a multifaceted prism by which humankind can be represented.

In the interview edited by Bucci, Campagnola and Taguchi (2014), K. Shingu mentions the short story by Zhuang-zi, also referred to by Lacan, which highlights the impossibility of a solid/firm mooring to a predefinite reality:

You should know the famous tale of Zhuang-zi (Sōshi in Japanese), the ancient Chinese philosopher who, waking up from a dream, did not know whether it was Zhuang-zi who had dreamt he was a butterfly, or a butterfly had dreamt she was Zhuang-zi. This is a classic and widely quoted example of the relativism which informs Eastern view of subjectivity (pp. 117-118).

Winnicott (1971/1974) maybe grasps the ineffable nature of this paradox by postulating the existence of that area of experience defined as transitional, situated in between subject and reality. It is a space that can never be reified, where reality is simultaneously subjective and objective. This feature, as a matter of fact, is typical of the cultural experience, of the processes of affective symbolisation and of the processes of general signification – think of Pierce triangle: “sign/object/interpretant” (Eco, 1975).

A different question rises about the extent to which the “insane” inevitably rouses a rejecting attitude in the social milieu because of his/her being out of the shared collusive dynamics. Let us go through two clinic episodes. A couple of parents come to the Mental Health Centre and report about their daughter – in her 40s – who at night shouts from the balcony of her apartment blaming and inveighing against the persons she believes persecute her. The neighbourhood, annoyed, sometimes call the Law Enforcement. The woman has lost her work as a teacher and has been living in her family, where she is quite integrated, for years. She

often talks to herself, she has no social relationships but she helps her parents with the house chores. Her parents cannot understand the reasons for their daughter's behaviour, but they have accepted her diversity also thanks to the work carried out along with the psychologist.

On the basis of such a clinical episode, is it plausible to affirm that the behaviour of the woman talking to herself and shouting from the balcony at night becomes unbearable for the neighbourhood because of the anguish produced by facing an unpredictable and incomprehensible person? It is likely to think that the woman's behaviour has in the end become quite common and predictable. Isn't the neighbourhood reaction stirred, instead, by the annoyance caused by the woman to their sleep and maybe, unconsciously, by the feeling of being the target of a provocation? Another middle aged woman, affected by an impairing obsessive organization of personality, felt the compulsive need to get up in the middle of the night and sonorously slam the door of her apartment a number of times waking up the neighbours in her block. The woman was desolate as she was conscious of the disturbance she caused but she could not help yielding to the compulsion; unlike the former woman she had a demand and she felt ill. Even in this case we deal with a behaviour causing a violation of the shared collusive dynamics concerning the unquestionable rule that at night disturbing noises must be avoided; but what provokes the refusal is the emotional experience of the night nuisance and not the intolerance for the behaviour noncompliant with the shared collusive dynamics.

In other words, the intolerance reaction is not exclusively determined by the collusive failure associated to incomprehensibility. In various circumstances the relational context is available to accept the other's strangeness through the creation of new collusive pacts, where the diversity can be reinterpreted with new symbolizations of the relationship; while it will be anyway difficult to accept to be waken up every night. If the former woman had been observed while talking to herself in a low voice and the latter had opened and closed the door without too much noise, there would have been hardly any problems with the neighbourhood.

Apart these remarks, the theoretical construct of the collusive failure postulated by Carli and Paniccia has the merit of offering a precise and well defined theoretical model of the relationship context/individual, which turns out to be very effective to understand the relational problems generated by mental illness in the social context, independently of the interpretative models on its origins. The issue is particularly remarkable in fact, analyzing further papers, it will be demonstrated how a solid theory of the relationship individual/context is fundamental if the focus is shifted from the individual to the relationship with the context.

Reflections about some theoretical and operative proposals on the relationship individual/context and on mental illness

Let us now consider some statements selected from the papers proposed in the Special Issue by different Authors showing how the topic involves knots difficult to unravel:

For example, clinicians, in particular medical providers and psychiatrists, often make a differential diagnosis between a "biological depression" and a "situational depression". Based on this distinction clinical decisions are routinely made about whether to treat a depressed patient with psychopharmacotherapy alone (for the biological subtype) or with a combination of psychopharmacotherapy and psychotherapy (for the situational subtype). In fact, failure to respond to psychopharmacotherapy is often used as the primary determinant to confirm the presence of the situational depression subtype. However, despite the routine practice of this differential diagnostics, evidence is lacking to support this presumed dichotomous categorization. Depression, the most prevalent mental disorder worldwide, is a clear example of the biopsychosocial nature of most, if not all, mental disorders (Hasler, 2010) (Laria, 2014, p. 49).

The operation mode acted in the Reception area can be considered as indicator of the theoretical and operative model of the Service in its entirety. The evolution of the culture of the right response towards the culture of the analysis of the client's demand would seem a relevant issue. This would allow the Service to have some criteria for the Reception, particularly for the "common emotional disorders" and for the families' demands. The interventions founded on the diagnosis and addressed to the individual, requiring a filter to redirect people to specialized intervention, could be differentiated from those founded on the understanding of the problems of coexistence, requiring interventions on the relationship; this will help to integrate the interventions and not to live them in conflict. Moreover, the competences that need a setting referred to technique (psychiatric or psychotherapeutic) should be differentiated from the relational competence consistent with an organizational function as the Reception. This cultural and conceptual reconsideration, supporting an organizational and not technical-specialized competence would concern the entire Mental Health Service in its different roles and functions (Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli, & Sesto, 2014, p. 205, *trans. en. by the Author*).

Today, with the development of relational theories in psychoanalysis, the object is seen as an emotionally symbolized psychic component, which later enables an emotional construction of reality to be made. In this sense every object relation “has narcissistic functions” and every object, seen as the symbolic-emotional representation of aspects of reality, has an idealized component, with manic or depressive sides. We want to underline that the description of “depression”, found in the psychiatry manual, represents a mode of constructing the internal and external world typical of all of us. “Subjects predisposed to depression”, in this perspective, do not exist. Or rather, each person can also be seen as predisposed to depression. Just as each of us is predisposed to anxiety and to the emotions that characterize our internal dynamics. We will not dwell on these theoretical proposals that the development of “constructivist” psychoanalysis has fostered. (Carli, Paniccia, & Giovagnoli, 2010).

The undeniable fact remains that the arguments in favour of a cause of depression in a psychoanalytical key, presuppose that for the dimensions indicated, in the dynamics described by Lalli, there are “normal” states and situations that deviate from the norm. For instance, let’s take the statement: “predisposed to depression are those subjects that have an intense need for approval and praise, insofar as their self-esteem is so low that it must be constantly supported and reinforced by an object or by an external situation”. It is hypothesized that there exists a “normal” need for approval and praise as opposed to an “intense” need. What measuring stick is used to establish whether a need is normal or intense, if with Matte Blanco we know that the emotions, in the mind’s unconscious mode of being, are always present infinitely? In the dynamics of the need for approval, do we think there exists a normal and a pathological? Does an internal object that is not idealized exist? Does there exist an idealization if not to protect the object from the ambivalence that it arouses? Does a non-ambivalent object relation exist? But that is not all. When it is said that the disappearance of the reassuring object can expose the object itself to the destructive rage of the one who feels abandoned, is there awareness that this all occurs in relational dynamics that are really present in the subject’s experience? Without a perspective that considers the contribution of all the components of the relation and of the collusive dynamic that characterizes it, it is impossible to draw conclusions about a single subject. Ultimately, it seems to us very difficult to talk about subjects “predisposed” to depression. (Carli & Paniccia, 2014, p. 20).

Adopting the biopsychosocial model postulated by Engel (1977), Laria (2014) states that the dichotomy between the diagnosis of biological depression and the one of situational depression has no sense. That dichotomy would attribute a biological origin to the former and a psycho-social one to the latter. In a following passage he claims an equal status between the two diagnosis as he sees in each the presence of the three bio-psycho-social components (Laria, 2014, p. 52). Conversely, Paniccia et al. (2014), in the quoted passage, sustain the need for a clearer differentiation between clinical situations addressed to the individual and founded on the diagnosis and other clinical situations based on the understanding/analysis of the problems of coexistence requiring competences on relationship. The statements expressed in the three documents just mentioned/quoted assume particular connotations. Laria criticizes the dichotomy between biological and situational depression and disagrees with the D.S.M. V (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) whereas some diagnosis are attributed more relevance (i.e. the bipolar disorder), while others (adjustment disorders) are considered minor or are not considered disorders at all as they have no biologic origin. Laria’s point of view assumes a theoretical frame that considers both the bipolar and the adjustment disorders as “illnesses”, even though adopting criteria of multifactorial aetiology in accordance with the bio-psycho-social model.

On the other hand Paniccia et al. suggest the necessity of a clear cut boundary between mental illnesses and common emotional disorders, or between clinical situations based on diagnosis addressed to the individual and the ones based on social coexistence problems requiring relational expertises. In this way they implicitly sustain the idea that in the field of mental problems some clinical situations can be categorized as illnesses, whereas others pertain to relational problems.

In the last quotation, Carli and Paniccia question the concept of excessive need as opposed to an alleged normal need and affirm, making reference to Matte Blanco, that the symbolization processes underlying depression or bipolar moods are the same in every person. For this reason the reference to “predisposed subjects” is inadequate.

In this last passage, inasmuch as the field concerns the affective symbolizations, what appears to be questioned is the concept of illness itself.

The points of view just summarized may seem contradictory, but they actually mirror the inevitable difficulty of approach to the subject matter.

I wonder what clinical situations Paniccia et al. refer to when, in the context of the Mental Health Centre, they deal with assets and settings founded on diagnosis and addressed to the individual, that do not imply relational expertises. They seem more understandable those situations where one can observe a demarcation between a self arising demand as opposed to a demand of intervention addressed to others, where there is no coincidence between the person demanding for intervention and the person the intervention is asked for; or we can think of the differentiation between interventions that mainly resort to therapeutic relationships

hinged on verbal interpretation and interventions based on acted out relational proposals that interrupt repetitive relational dynamics.

On the contrary, a clear cut boundary between mental illnesses and common emotional disorders is epistemologically problematic as the object of the analysis and of the intervention is the same: emotions and interpersonal relationships.

So, where could a boundary between the resort to the diagnostic model rather than to the relational one be set, if not in those cases one can notice the presence of an observable organic impairment? However, it would not represent the great part of the so called “mental illnesses” flocking to the Mental Health Centres.

I wondered about the reason for the use of the term “mental illness” for the title of the Special Issue. Is this a way to recognize congruence to this term? Or is it indication of the difficulty in finding appropriate alternative expressions? Or furthermore, does it represent the most adopted current idiom which makes communication simpler? Is it a way to avoid the risk of incurring the accusation of denying the mental illness, which evokes too ideologically characterized discussions? In any case I understand that the concept of mental illness, implying concepts like norm and deviation from norm, clashes with Carli and Paniccia’s statements expressed in the last quotation here reported, where they criticize the theory of predispositions.

In my paper for the Special Issue I lingered on the clinic case of Sergio (which has to be referred to as it can not be summed up due to space constraints) analyzing it from different points of view (Vari, 2014, pp. 156-161).

Can that clinical situation be defined through one of the possible diagnosis of “mental illness”, or can it be represented as an expression of acute relational criticalities? Can both the categorizations be applied as Laria highlights adopting the bio-psycho-social model? In this case, through which coherent theorization is it possible to integrate them? With reference to Paniccia et al.’s statements is it one of those clinical situations requiring a diagnosis or relationship expertise?

In the analysis of the case, the Author tried to show how the attention to the relational dynamics and to the emotional symbolisations originating in the triad “individual/social coexistence milieu/service” allows a more effective intervention on the relational criticalities of that clinical situation. In the meantime, he tried to highlight how the model based on the diagnosis reproduces and amplifies the relational dynamics that have caused the troubles and that have produced the demand for the intervention. Moreover, Sergio’s case allows to observe the problems that originate when the Service fail to analyse the affective dynamics deriving from the presence of a *committente* different from the client, as also Carli and Paniccia underline in their paper in the Special Issue.

Laria, who in his paper expresses many other interesting thesis to agree with, in a passage of his work (2014, p. 61) states that depression should be explained as the result of a combination of different factors: neuro-chemical imbalance, past experiences, current life situations, the ways of expressing emotions. The Author stresses that the treatment should consider: administration of drugs, utilization of C.B.T. (Cognitive Behavioural Therapy), dynamic psychotherapy useful to treat emotions and, finally, social interventions. The phenomenon of depression is examined according to three factors – biological, psychic and social – according to a linear, causalistic, however multifactorial model. The attempt to unify the three dimensions in a holistic frame is evident, but the way the three dimensions intersect in a coherent theoretical reference frame is not clear.

The observer’s “point of view” becomes relevant in an epistemological perspective founded on the construct that the scientific object is always the product of a “frame” of relationships sorted out among the several possible ones. In this sense, the multidimensional nature of the biopsychosocial model corresponds to the multiplicity of the points of view. The question expressed by Ceruti (1985) still remains open: how to coordinate the different points of view without resorting to absolutist meta levels? In addition, one can legitimately doubt that the different dimensions of the biopsychosocial model are attributable to the same domain of discourse (the set of designata the discourse refers to) and to the “scientific object” itself, in the sense stressed by Agazzi (2014). It is necessary to point out that, according to this Author, the construct of scientific object does not correspond to the “thing”, whether concrete or immaterial (i.e. the single human being); it has got a binomial value as follows:

A) a set of concepts that codifies properties and relationships referring to B;

B) a referent, that is, the state of affair that exemplifies those properties and that can be pointed out only by pragmatic operations.

Although this goes falls outside the topic of this essay, this is a relevant question as it deals with the comparability of the different points of view.

In Laria's description seems as if the different factors contribute, each on its own, to compose the aetiology of mental disorders as if they were separated tiles of a mosaic mechanically juxtaposed. In that case, it would be a self-evidence of dimensions inevitably occurring in the phenomena, and that little add to their understanding. For example, does the distinction between the psychic dimension and the social one make sense? What does it mean considering poverty, as Laria himself does, as a relevant social factor in mental disorders? How is it translated in mental distress? The adoption of the causal paradigm does not help to unravel the knot. Poverty, appearing as an objective material condition, assumes a non-univocal psychic sense linked to the historical period inasmuch those who go through this condition emotionally symbolise it in the peculiar forms related to the specific social context they belong to. Such terms of interpretation presume an interactive circular paradigm.

The relation between biologic and psychosocial raises as many problems. Biological systems – as Maturana and Varela sustain (1980/1985) – are autopoietic, that is, they do not work through information and representations as it happens with the cognitive system. They are atemporal organizations where there is only perturbation and restoration within the system. In other words, the transition from the body to the mind implies transformations equivalent to the transition from the object to the meaning. Interpreting a picture or a painting in terms of molecular processes would hardly make sense. The search for the correspondences between body and mind, so widespread in this period with the study of the mirror neurons (Rizzolatti & Sinigaglia, 2006), appears particularly problematic in the epistemological respect, just to make reference to the metaphor of the painting.

Also the various clinical treatments suggested by Laria risk to become a summation of operations inspired to different and even contradictory models.

In Sergio's clinical case mentioned before (Vari, 2014) various Services had arranged different types of interventions: administration of drugs, psychological sessions, nursing home care, admission to the Psychiatric Ward. The established interventions were analysed by the Author adopting a perspective that highlighted the complex relational and emotional tangle among the protagonists of the context (Sergio, his mother, his fiancée, the former Mental Health Centre, the Psychiatric Ward, the new Mental Health Centre). In the analysis of the case, the Author aimed at developing a coherent theoretical interpretative frame where he hypothesized interconnections concerning both the multiplicity of the implied subjects and the variety of the interventions effected. It seems, instead, that the bio-psycho-social model skips that issue or accepts as inevitable an interpretation of the phenomena through varied and scarcely comparable models.

The various Authors of the papers in the Special Issue essentially agree on considering reductionist the intervention centred on the individual. The shift of focus on the relationship individual/context has brought out the Authors' different approaches to the subject matter; reference has just been made to the bio-psycho-social model proposed by Laria; formerly the attention had been drawn to Carli and Paniccia's approach defining the context as a construction deriving from the collusive dynamics presiding over reciprocity in relationships. In the latter case, we face a clear theory of the relationship between individual and context, that is, the relation between psychic and social.

Let us deal with the positions expressed on the topic by other Authors.

B. Guerin and P. Guerin (2014) propose an interesting descriptive model of the organizational forms that the interpersonal relationships assume in different social systems. These Authors sustain an anthropologic approach based on the immersion and participation to the Community life. They affirm that the method they propose is the only one that provides understanding of the relationship between individual and context.

In non-Western Communities, the exchange relationships are organized according to a model called "Kin-based":

Kin-based groups and close communities. These relationships are characterised by close and regular contact with family and community who provide strong support in general. These forms of relationships are common in many ethnic and indigenous communities, as well as some western religious communities (p. 73).

Their thesis maintains that psychiatric and psychotherapeutic interventions based on "short term" and "cross-sectional" observations are consistent with the organizational form called "stranger" – dominant in Western Countries – where the relationships of reciprocity are mediated by money. The same clinical interventions result inadequate in non-Western Communities. They propose, alternatively, an approach centred on "long term participatory method".

They aim at pointing out the conflicts and the marginality generated in the specific community membership to ease a process of reintegration of the person in the social fabric. In the reported clinical examples we can follow interventions aiming at reconstructing a missing social cohesion.

The perspective adopted by the Guerins to interpret the phenomena and their model on the Community social exchange, although particularly interesting, give rise to some crucial loose threads. How can we

interpret the difficulties inevitably faced in the integration work? Does “integrate” mean helping the individual mend the breach in the relationship with the Community restoring the former order, or does it imply the development of new relational dynamics which involve a transformation in the community?

Let us get back to Sergio’s case (Vari, 2014) mentioned as recurrent clinical example in these reflections. Planning the wedding with his partner deranges the current relational pattern, causing integration breakage phenomena in the family context. In the first phase, the Health Service interventions sharpen the problems inasmuch, through emotional acting out, the Service get themselves unconsciously involved in the current collusive fantasy, taking part themselves to the conflicts that are generated. Only the analysis of the affective dynamics present within that context (consequently including the Mental Health Services) allow us to hypothesize meaningful connections that link and integrate the former violated collusive pact and the current one, corresponding to the ongoing crisis.

In other words the process of integration is not automatically generated by matter-of-fact practices of inclusion in the Community, but it requires a model of interpretation of the affective symbolizations that take place in the process.

Finally, some queries arise about the distinction proposed by the Guerins between traditional approaches founded on the individual – according to them effective in the Western societies – and participatory method, suitable for the societies organized around “kin-based” relationships. That distinction seems to assume that the interventions focused on the individual are appropriate in the Western societies as they are consistent with the social organization. It could be argued that the integration within the social context can be considered a transversal objective for different social systems; the proposition of a model centred on the individual for the Western Countries and a model centred on the relationship individual/context for non Western societies is not convincing as, notwithstanding the forms of community organization, there is always a relationship between individual and context.

Triliva and Georga’s paper (2014) precisely points out the inadequacy of a clinic psychology totally flattened on technicalities and on the intervention addressed to the individual’s internal world. They show how such an approach is ineffective to face the serious relational problems raised by the Greek socio-economical crisis. The psychosocial problems emerging from the demand addressed to the Services can hardly be framed/focused by the great part of the Greek psychologists and seem to be seen/understood as deviance from the classical psychological and individual problems commonly faced with in the psychotherapy. There is an evident difficulty to set them as object of one’s own profession. The Authors affirm that psychologists claim the implementation of interventions founded on support that are in their turn felt as something extraneous to their professional models. The support seems to be conceived as a humanitarian intervention that replaces the clinical psychological intervention.

Triliva and Georga suggest that following the psychosocial demand presented by the Greek clients the psychologists should assume the role of catalysts of forms of organised resistance against austerity measures. It reads as follow in this passage:

The therapists’ interpretations fall short of showing how the social delegitimization and de-authentication (Buchanan, 2012) can be rectified through resistance which was highlighted in Skoura et al.’s (1991) treatise on the scarcity, hunger, terrorism, uncertainty, and hardship that prevailed during the occupation years. According to Skoura et al., (1991) the WWII occupation was overcome via resistance (fighting to thwart or overcome foreign occupation) which was an active and therapeutic stance (p. 147).

The therapeutic value of resistance is asserted for the Community as well as for the individual. If the problem is posed in these terms, it is inevitable to wonder where the difference between clinical psychology and political militancy lies. Wouldn’t we run the risk of acting out emotional dynamics through tout court political action without a clear clinical psychological model of interpretation of the relationship individual/context? In the position expressed by Triliva and Georga – who also make reference to other Greek Authors – the Greek People is represented as colonized and checkmated by Europe and Germany. The current crises is compared to the one occurred during the occupation Greece suffered during the WWII.

The reading they propose seems founded on the relational scheme victim/oppressor. This way of representing the phenomenon involves the risk of positions characterized by biased and strong emotional identifications that can be translated in acting out. One can understand a sort of a common plea against the enemy.

Without denying the relevant responsibilities of European politics – basically shaped around an austerity scarcely attentive to Peoples’ conditions – adopting a circular and interactive model, we could plausibly hypothesize that the Greek People, as well as the Italian, have actively contributed to determine the current socio-economical crisis through the construction of cultures characterized by specific fantasies

and collusive acting out based on predatoriness and individualism (cronyism, nepotism, influence peddling, corruption, tax evasion and so forth).

If the greatest part of the Service psychologists are in difficulty as they are pent up in theories and practices centred on the intra-psychic, the alternative suggested by the Authors looks like an identification between clinic psychology and political militancy. The relational dynamics and the affective symbolizations originating within the critical social context brought to the Mental Health Services by the Greek people's demand are not analyzed and understood enough, nor are they utilized as a resource for a change.

Ornelas, Esposito and Sacchetto's paper (2014) underlines the importance of integration in natural Communities in the intervention on mental illnesses. The approach, inspired to ecological contextualism, is described in these terms:

This approach provides a concept frame that shifts the focus of the intervention from the diagnosis and the identification of the deficit to the observation of the persons/individuals in their everyday life context. The objective/purpose of this observation is acquiring a "local knowledge" (Kelly, 2006). By "local knowledge" is meant "the knowledge deriving from the analysis of persons/individuals referred to specific places, contexts and situations they take part to (Kelly, 2006, p. 189). This knowledge is precious in order to understand how the resources present in the local communities can be mobilized/activated and used to widen the social networks of people experiencing mental illness, to facilitate them in the process of winning back significant social roles and to strengthen their participation to the community. Instead of creating segregating contexts where people should live, work and interact, the contextual and ecological approach promotes the integration in "natural communities", that is, in the contexts shared with the rest of the citizens (p. 224, *trans. en. by the Author*)

The orientation looks similar to B. Guerin and P. Guerin's. Ornelas et al.'s work thoroughly outlines the relationship individual/context, remarks the necessity to ease the active participation of the subjects to the therapeutic project and criticises a vision based on the strong power of the specialist. The operative praxes coherent with that objective are described in details and the Authors show how to organize a net of social opportunities to favour the integration process, above all in the educational and working field. The reported work represents an effective example of intervention that creates and implements resources and competences not only in the individual, but also in the Community.

Going through the article we can perceive a great attention to outline the operative road map. Anyway, also in this work, similarly to what has been formerly pointed out about the Guerins' contribution, it seems that the prevailing feature of the intervention consists in the "matter-of-fact" construction of this net of opportunities for the inclusion of the mentally ill. That reminds of how, at the time of the Italian psychiatric reform (legge 180/1978) inspired by Basaglia, it was ingenerated the belief that the transformation of the territorial/local Services and Structures in itself would lead to the solution of the mentally ill's integration problems.

The concepts of recovery, of empowerment and of approach to abilities that Ornelas et al. adopt describe objectives that can easily assume a default value significance. To clarify, let us make reference to the meaning/consequence of the approach to abilities. The Authors refer to a couple of scholars, an economist (A. Sen) and a philosopher (M. Nussbaum), to make a list of ten measurable abilities indicative of the life quality in the various social systems:

Within these studies, abilities are defined as substantive freedoms, in other words as the possibilities for the individuals to be fulfilled and to have a worthy life quality notwithstanding their internal conditions (in terms of individual abilities and competences) and external (meant as characteristics of the socio-cultural context of reference) (Nussbaum & Sen, 1993). The capacity approach does not stop at an identification of the resources available for each individual, but it implies a reflection on what each person is able to do and to be in his/her particular life context, on what this choice (of doing and being) is free and on what his/her dignity as a human being is recognized and valued (Ornelas et al., 2014, p. 226, *trans. en. by the Author*).

The various abilities, inspired to the concept of liberty, look like postulated as universal assumptions measuring life quality, re-proposing as such an essentialist approach.

It can be stated that while Triliva and Georga in their vision of the relationship between individual and context stress the political organization, Ornelas et al. mostly linger on the construction of the social net and on the necessary resources retrieval.

In any case the question cannot be dealt with simply through the rich variety of the operative opportunities available. Let us consider, for instance, the possible unconscious pressure put on the subject to get him to

resort to the net of resources implemented and the operators' plausible feeling of impotence in case the subject fails to comply; or let us consider the possible subtle implications in terms of dynamics of guilt. In other words, it is worth underlining once more that the social net represents a therapeutic resource only in the presence of a model of interpretation of the relational dynamics and of the affective symbolizations displayed in the social net. Without such an approach it is implicitly assumed that the implemented opportunities (work, education, etc.) are associated to univocal and predictable emotional dynamics characterised by a positive value connotation; thus, the same opportunities will finally result in precepts to conform to.

Ornelas et al. explicitly express the role assigned to the psychologist in terms of "advocacy" and "facilitator" (p. 234). Once more this does not outline a specific professional competence for the psychologist; as a matter of fact this competence risks dissolving in a generic social role. The same Authors, in the final part of their paper, deal with the emotional difficulties pointed out in the subjects implicated in their work without clearly recognizing that the specific object of the psychological competence consists exactly in the analysis of the affective and relational dynamics that emerge in the course of the integrative process and that involve all the subjects, both individual and institutional.

Conclusions

In the examined contributions the Authors generally agree on considering the approaches based on the individual reductive and little effective.

More problematic aspects and some differences emerge when it comes to better outlining the theoretical and operational models extending the analysis to the relationship with the social context. It seems that focusing the attention on the relationship individual/context without a solid theory, can make the clinic psychologist's professional identity and the specificity of his/her competence less evident. In particular, the specificity of his/her competence risks blurring into a sort of humanitarian and active social commitment, or in political militancy. Should this be the case, the alternative would be between the psychological-clinical competence strictly associated to the intervention on the individual and, on the opposite pole, a social commitment that does not imply clear psychological competences. In the course of its history the clinic psychology has been deeply concerned with the family and the individual's interior world; less attention has been paid to the analysis and to the intervention on wider contexts. Actually there are some theoretical-operative methods of intervention on the individual/context relationship founded on specific psychological-clinical competences as it results from some of the papers in the Special Issue. They reveal the difference between the competence of the clinical psychology and other no less relevant competences or dimensions of coexistence like social commitment and political militancy.

Under this perspective the clinical psychology is able to give a relevant contribution pursuing integrative rather than healing purposes/aims and intervening on the difficult interpersonal relationships present in the context where the mental illness occurs.

References

- Agazzi, E. (2014). *Scientific Objectivity and Its Contexts*. Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing.
- Bucci, F., Campagnola, F., & Taguchi, K. (2014). The shifting place of madness in modernizing Japan: Interview with Kazushige Shingu. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 109-139. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della "malattia mentale" [The failure of collusion: A model for the genesis of "mental illness"]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Ceruti, M. (1985). L'hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità. In M. Cerruti (Ed.), *La sfida della complessità* [The challenge of complexity] (pp. 1-25). Milano: Feltrinelli.
- Eco, U. (1975). *Trattato di semiotica generale* [Treatise of general Semiotic]. Milano: Bompiani.

- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4296), 129-136.
- Guerin, B., & Guerin, P. (2014). “Mental Illness” Symptoms as Extensions of Strategic Social Behaviour: The Case of Multicultural Mental Health. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 67-81. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Laria, A. (2014). In Search of Mental Health’s Holy Grail: The Era of Biology, CBT, and Other Empirically-based Recipes. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 47-66. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti* [The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-Logic] (P. Bria, Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Maturana, H.R., & Varela, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione: La realizzazione del vivente* [Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living] (A. Stragapede, Trans.). Venezia: Marsilio (Original work published 1980).
- Ornelas, J., Esposito, F., & Sacchetto, B. (2014). Contributi di una organizzazione su base comunitaria per la trasformazione del Sistema di Salute Mentale in Portogallo [Contributions of a Community-Based Organization for the Transformation of the Mental Health System in Portugal]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 220-239. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., & Sesto, C. (2014). La rappresentazione dell’Accoglienza presso un Centro di Salute Mentale romano a confronto con la rappresentazione dei Servizi di Salute Mentale in un gruppo di cittadini romani: Una ricerca intervento [The representation of the Reception Service in a Mental Health Center of Rome confronted with the representation of Mental Health Services in a group of roman citizens: A reasearch-intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 187-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Rizzolati, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai, il cervello che agisce e i neuroni specchio* [I Know What You Do, the Brain Acting and the Mirror Neurons]. Milano: Raffaello Cortina.
- Triliva, S., & Georga, A. (2014). Austerity and precarity: The social milieu creeps into the psychotherapeutic context. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 140-153. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Vari, R. (2014). Centro di Salute Mentale: La relazione “individuo/ambiente di convivenza/Servizio” nell’intervento clinico per le malattie mentali [Mental Health Center: The relationship “Individual/Social Coexistence Milieu” in the Intervention for Mental Illness]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 170-185. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Winnicott, D.W. (1974). *Gioco e realtà* [Playing and Reality] (G. Adamo, R. Gaddini, Trans.). Roma: Armando Editore (Original work published 1971).

Malattia mentale: Riflessioni sui contributi presentati nella Special Issue della Rivista di Psicologia Clinica 1/2014

*Roberto Vari**

Abstract

Sono presentate riflessioni su alcuni temi emersi dagli scritti che diversi studiosi hanno prodotto per la Special Issue della Rivista di Psicologia Clinica N. 1/2014 dedicato alla malattia mentale. Si rileva la concordanza dei vari Autori nella critica agli approcci fondati prevalentemente sull'individuo, ritenuti riduzionistici e poco efficaci. Sono presi in esame i diversi modelli teorici e operativi esposti nei contributi che prevedono, nell'intervento per le malattie mentali, il superamento della centratura sull'individuo. L'analisi si sofferma sugli aspetti più controversi presenti nelle varie proposte. Viene sostenuta la tesi che lo spostamento di focus dell'intervento verso la relazione tra individuo e contesto sociale avviene, talvolta, in assenza di un modello teorico chiaro. Nell'intervento finalizzato all'integrazione dei malati mentali nell'ambiente di convivenza questo limite comporta il rischio di una definizione opaca della competenza psicologica, confondendola con un'attività fondata sull'impegno sociale e umanitario. Si rimarca la necessità di sviluppare una stretta correlazione tra prassi che implicano interventi sui sistemi di convivenza e modelli teorici che ne chiariscano il senso.

Parole chiave: malattia mentale; follia; relazione individuo/contesto; integrazione; servizi di salute mentale.

* Psicologo Clinico, Centro di Salute Mentale - Terzo Distretto - U.S.L. Roma D, già responsabile Unità Operativa: "Accoglienza e Interventi Brevi". E-mail: roberto.vari9@gmail.com

Vari, R. (2015). Malattia mentale: Riflessioni sui contributi presentati nella Special Issue della Rivista di Psicologia Clinica 1/2014 [Mental Illness: Reflections about the papers presented in the Special Issue of Rivista di Psicologia Clinica 1/2014]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 118-140. doi: 10.14645/RPC.2015.2.553

Premessa

Il numero 1 dell'anno 2014 della Rivista di Psicologia Clinica ha ospitato contributi di diversi autori, tra cui quello di chi scrive, aventi per oggetto la malattia mentale, con particolare riguardo alla tematica della relazione tra individuo e contesto. Questo contributo, attraverso riflessioni e considerazioni tratte dai lavori prodotti, si pone la finalità di favorire e sviluppare un dibattito sulla materia. Avviene di frequente che esperienze cliniche o modelli teorici proposti dai vari studiosi rimangano contributi isolati, tessere di un mosaico non integrate. Le idee espresse non trovano spazi in cui si generano confronti. A volte i lavori pubblicati si disperdono in molti rivoli tematici e non sempre è agevole ricondurli a nuclei tematici coerenti. La psicologia clinica, come spesso ripetuto da diversi Autori, non è unicamente una teoria della mente, ma è anche intervento che risponde a una domanda; ne deriva che la valenza operativa della disciplina, avendo le emozioni e le relazioni interpersonali quale proprio oggetto, presenta un forte ancoraggio ai problemi della convivenza sociale. Il confronto tra diverse prospettive teorico operative, che a volte diviene sterile esercizio se attuato su temi astratti e decontestualizzati, risulta più fertile quando l'oggetto di discussione è caratterizzato da un tema a forte valenza sociale come la malattia mentale.

I contributi alla Special Issue si sono rivelati molto interessanti nel porre in evidenza in modo circostanziato, e da diverse angolazioni, i limiti degli approcci incardinati esclusivamente sull'individuo. Allo stesso tempo rilevano la netta prevalenza, nelle realtà operative dei vari paesi, dell'intervento centrato sull'individuo.

Un altro significativo elemento d'interesse è costituito dalla proposizione, da parte dei vari Autori, di idee, esperienze e modelli teorico operativi focalizzati sulla relazione tra individuo e contesto. Comprendere alcuni punti comuni e divergenze, spesso implicite, presenti nei diversi lavori sarà il leitmotiv delle riflessioni che seguiranno. La finalità consisterà nell'enucleare dalle diverse proposte elementi che, a mio avviso, presentano aspetti tali da suscitare riflessioni e ulteriori interrogativi. È bene precisare che tale scelta comporta, per ovvi motivi di spazio, che molte argomentazioni interessanti e di rilievo espone dai vari studiosi inevitabilmente non potranno essere menzionate.

Follia: una definizione sfuggente

Carli e Paniccia (2014) si pronunciano in questi termini:

Nel dizionario etimologico di De Mauro e Mancini (2000) si definisce "matto" chi è più o meno gravemente menomato nelle facoltà intellettuali; vengono proposti quali sinonimi termini come malato di mente, pazzo, folle. [...] Matto, pazzo, folle, sono termini che non rimandano necessariamente e acriticamente al "malato di mente". Tra lo statuto di "matto" e quello di "malato mentale" c'è una differenza abissale (p. 29).

Gli stessi Autori sottolineano che la definizione di "matto" si attiva quale esito di un fallimento del patto collusivo che regge la simbolizzazione emozionale del contesto di convivenza e che presiede le relazioni di reciprocità; tale rottura si traduce in vissuti di estraneità e imprevedibilità.

Nella teoria della collusione da noi proposta anni fa, le culture sono peculiari sistemi di simbolizzazione collusiva, emozionalmente condivisa, degli eventi che caratterizzano l'adattamento sociale entro specifici contesti. All'interno di questi sistemi, ciascuno condivide le norme di condotta che organizzano il sistema sociale d'appartenenza. Consideriamo come "matto" chi non condivide quel sistema collusivo; chi, con il suo comportamento e con la sua espressività emozionale, ne comunica il fallimento. La definizione di "matto" va dunque ridimensionata. Una persona non fallisce nel suo adattamento alla dinamica collusiva condivisa "perché è matto". Piuttosto, chi fallisce nella condivisione collusiva, viene definito "matto" in quanto non si conoscono i motivi di quel fallimento (p. 29).

Viene anche rilevato che la follia è considerata tale se la rottura del patto collusivo è messa in atto dal singolo individuo; fenomeni collettivi come le guerre, dicono gli Autori, non sono considerati follia.

La concettualizzazione di Carli e Paniccia della follia è interessante in quanto utilizza il vertice relazionale del contesto di convivenza in alternativa al vertice intrapsichico. In quest'ultimo la follia è comunemente associata all'irruzione dell'affettività non mediata dal pensiero secondario, alla confusione tra mondo del sogno e mondo della veglia, alla dominanza – con le parole di Matte Blanco (1975/1981) – del pensiero inconscio simmetrico.

Nell'accezione di questi Autori stranezza, imprevedibilità e follia non rappresentano più categorie naturali e assolute appartenenti esclusivamente all'individuo, viceversa costituiscono l'esito del fallimento dell'accordo collusivo presente nel contesto sociale storicamente determinato. In altri termini quello che

viene considerato folle e incomprensibile è ciò che non si adatta alla reciprocità collusiva esistente entro una specifica cultura. San Francesco, con buone probabilità, sarebbe oggi considerato pazzo, mentre nella sua epoca una cultura a forte impronta mistico religiosa rendeva il suo comportamento comprensibile.

Questa angolazione attraverso la quale è trattata la materia non è di immediata lettura poiché il patto collusivo, sebbene fondato sulle simbolizzazioni affettive, viene reificato e perciò vissuto come fondato sulla ragione in contrapposizione all'irrazionalità.

La definizione di "matto", per Carli e Paniccia, corrisponde a uno specifico fallimento della condivisione collusiva: l'incomprensibilità. Appare implicito, nel loro discorso, che criminalità, alcolismo, come pure altri fenomeni meno appariscenti della convivenza quotidiana, attengono ad altre tipologie di fallimento collusivo.

Il modello di lettura proposto dagli Autori ha il pregio di essere molto chiaro e di cogliere, a mio avviso, elementi fondanti della questione. Pur tuttavia è legittimo interrogarsi su quanto il fallimento della collusione associato a imprevedibilità, bizzarria e incomprensibilità sia sufficiente alla definizione del fenomeno della follia.

In molte circostanze s'incontrano situazioni relazionali che appaiono strane e incomprensibili pur non essendo vissute come follia. Si pensi alla frequenza, nella quotidianità dei rapporti interpersonali, dell'espressione "tu sei matto" ogni qual volta l'atteggiamento dell'altro ci appare non conforme a quello corrente, e perciò incomprensibile. Se da un lato tale forma espressiva conferma gli assunti degli Autori, dall'altro è pur vero che coloro che in realtà vengono identificati come matti non sono quasi mai gli stessi a cui è rivolta l'espressione.

Dovremmo, forse, ipotizzare che la definizione di follia scatti allorché falliscono aree "basilari" della condivisione collusiva? Ma come identificarle? Inoltre, non si arriverebbe a svincolarle dal contesto storico culturale, finendo per riproporre un approccio essenzialista?

Si può ipotizzare che la rottura della condivisione collusiva connotata dall'incomprensibilità si configuri come condizione necessaria ma non sufficiente per la definizione della pazzia. Forse occorre immaginare che anche altri elementi concorrano a un vissuto che viene poi rappresentato come follia. Tali elementi, per certi versi, sembrano noti e, al tempo stesso, oscuri e sfuggenti.

Nella misura in cui si cerca di definire il fenomeno della pazzia sembra sempre che qualcosa sfugga.

Basti pensare all'alterazione del rapporto tra soggetto e realtà caratteristica solitamente ritenuta distintiva della follia. Ma è proprio laddove si presume una chiara demarcazione tra soggetto e realtà che il terreno diventa scivoloso. Pensiamo alle millenarie dispute filosofiche nelle quali la questione del rapporto con la realtà rimanda alla relazione soggetto/oggetto; alle antinomie finito/infinito e uno/molteplice, ai diversi modelli epistemologici che si confrontano sulla relazione conoscitiva tra soggetto e oggetto, fino ad arrivare all'antinomia individuo/relazione, oggetto della Special Issue.

Inoltre non mancano rimandi letterari tra i quali "La vita è sogno" di Calderón de la Barca o la genialità universalistica delle opere di Shakespeare dove realtà, sogno, pazzia, recita, finzione teatrale, rovesciamenti di parti, si intersecano e rincorrono quasi confondendosi, come in un prisma dalle molte sfaccettature di cui è costituita l'umanità.

Nell'intervista a cura di Bucci, Campagnola e Taguchi (2014), K. Shingu cita il racconto di Zhuang-zi, ripreso anche da Lacan, che evidenzia l'impossibilità di un ancoraggio solido a una realtà predefinita:

Dovreste conoscere il famoso racconto di Zhuang-zi (Sōshi in giapponese), l'antico filosofo cinese che, svegliandosi da un sogno, non sapeva se era Zhuang-zi che aveva sognato di essere una farfalla, o una farfalla aveva sognato di essere Zhuang-zi. Questo è un classico e ampiamente citato esempio del relativismo che informa il modo orientale di vedere la soggettività (pp. 117-118, *traduzione a cura dell'Autore*).

Winnicott (1971/1974) coglie, forse, tale ineffabilità e paradossalità postulando quell'area dell'esperienza definita transizionale, situata in uno spazio intermedio tra soggetto e realtà. Si tratta di uno spazio che non può mai essere reificato e dove la realtà è soggettiva e oggettiva allo stesso tempo. Questa proprietà, d'altro canto, è tipica dell'esperienza culturale, dei processi di simbolizzazione affettiva e dei processi di significazione in generale – si pensi al triangolo di Pierce "segno/oggetto/interpretante" (Eco, 1975).

Un'altra questione si pone rispetto a quanto il "matto" suscita inevitabilmente, a motivo della sua incomprensibilità e del suo essere fuori della condivisione collusiva, un atteggiamento rifiutante da parte dell'ambiente sociale. Prendiamo in considerazione due episodi clinici.

Una coppia di genitori vengono al Centro di Salute Mentale e riferiscono della propria figlia quarantenne che di notte va nel balcone del proprio appartamento parlando e inveendo con toni di voce molto alti contro i personaggi da cui si è sentita perseguitata. Il vicinato, disturbato, a volte chiama le forze dell'ordine. La donna ha perso il lavoro di insegnante e da anni vive con la propria famiglia nella quale è abbastanza

integrata. Spesso parla da sola, non ha relazioni sociali ma collabora con i genitori nello svolgimento delle faccende domestiche. I genitori non riescono a comprendere il motivo del comportamento della figlia ma hanno accettato, anche attraverso i colloqui effettuati con lo psicologo, la sua diversità.

Sulla base di un simile episodio clinico è plausibile l'affermazione che il comportamento della donna che parla e urla dal balcone di notte diviene insopportabile per il vicinato a motivo dell'angoscia che si produce nel confronto con una persona imprevedibile e incomprensibile? Si potrebbe pensare che il comportamento della donna sia oramai divenuto abbastanza noto e prevedibile. La reazione dei condomini non nasce, invece, dal fastidio arrecato dalla donna al loro riposo notturno e forse, inconsciamente, dal vissuto di essere oggetto di una provocazione?

Un'altra donna di mezza età, che aveva un'invalidante organizzazione ossessiva della personalità, sentiva il bisogno compulsivo di alzarsi in piena notte e aprire e richiudere più volte la porta del proprio appartamento sbattendola sonoramente, col risultato di svegliare i condomini dell'edificio. La donna era affranta poiché consapevole del disagio che creava, ma si sentiva impossibilitata a sottrarsi alla compulsione; al contrario della precedente donna aveva una domanda e si sentiva malata.

Anche qui siamo di fronte a una rottura dell'accordo collusivo che prevede che non si facciano rumori molesti durante la notte, ma ciò che provoca il rifiuto potrebbe essere il vissuto di disturbo al riposo notturno piuttosto che l'intolleranza verso un comportamento non conforme al patto collusivo.

In altri termini la reazione di intolleranza non sembra necessariamente determinata dal fallimento collusivo associato all'incomprensibilità ma anche alla natura dell'effetto relazionale che tale fallimento provoca.

In altri termini è anche la tipologia dell'effetto provocato dal fallimento collusivo che determina una reazione d'intolleranza. In varie circostanze il contesto relazionale è disponibile ad accogliere l'estraneità dell'altro attraverso l'istituzione di nuovi patti collusivi nei quali la diversità può essere ricompresa con nuove simbolizzazioni della relazione, mentre sarà difficile in ogni caso accettare di essere svegliati ogni notte. Se la prima donna fosse stata osservata mentre parlava da sola a voce bassa e la seconda avesse aperto e chiuso la porta senza eccessivo rumore, è probabile che non sarebbero sorti problemi col vicinato.

A parte le considerazioni appena espresse, il costrutto del fallimento collusivo postulato da Carli e Paniccia ha il pregio di offrire un preciso e ben definito modello teorico del rapporto individuo/contexto; esso si rivela strumento di grande efficacia nella comprensione dei problemi relazionali che si generano nel contesto sociale in presenza della malattia mentale, a prescindere dai modelli interpretativi sulla sua origine. La questione è di sicuro rilievo in quanto si vedrà, analizzando altri contributi, come una teoria forte della relazione individuo/contexto sia fondamentale se si sposta il focus dall'individuo alla relazione col contesto.

Riflessioni intorno ad alcune proposte teoriche e operative sulla relazione individuo/contexto e sulla malattia mentale

Ora prendiamo in considerazione alcune asserzioni rilevate dai contributi proposti nella Special Issue da diversi Autori che mostrano quanto l'argomento presenti le nodosità di una matassa non facile da districare:

Per esempio, i clinici, in particolare gli erogatori di cure mediche e gli psichiatri, spesso fanno una diagnosi differenziale tra una "depressione biologica" e una "depressione reattiva". Le decisioni cliniche basate su questa distinzione sono di routine fatte per stabilire se trattare il paziente depresso solo con terapia psicofarmacologica (sottotipo biologico) o con una combinazione di terapia psicofarmacologica e psicoterapia (sottotipo reattivo). Infatti, il fallimento nella risposta alla terapia psicofarmacologica è spesso usato come determinante primaria per confermare la presenza del sottotipo depressione reattiva. Però, nonostante la pratica routinaria di tale diagnosi differenziale, non vi è evidenza per supportare questa presunta categorizzazione dicotomica. La depressione, il più diffuso disordine mentale nel mondo, è un chiaro esempio della natura biopsicosociale della maggior parte dei disordini mentali, se non di tutti (Hasler, 2010) (Laria, 2014, p. 49, *traduzione a cura dell'Autore*).

L'Accoglienza è stata individuata come sintomatica del Servizio nel suo complesso. Sembrerebbe importante l'evoluzione della cultura della risposta giusta verso quella della lettura della domanda dell'utenza. Ciò permetterebbe al servizio di avere criteri per l'Accoglienza, in particolare per i "disturbi emotivi comuni" e le richieste delle famiglie. Si potrebbero differenziare, per integrarli e non viverli in conflitto, gli interventi fondati sulla diagnosi e rivolti all'individuo (che richiedono un filtro per avviare le persone a interventi specialistici), da quelli fondati sulla comprensione dei problemi di convivenza, che richiedono interventi sulla relazione. Inoltre andrebbero differenziate le competenze che hanno bisogno di un setting riferito alla tecnica (psichiatrica, psicoterapeutica) dalla competenza relazionale coerente con una funzione organizzativa come quella dell'Accoglienza. Questa revisione concettuale e culturale, a supporto di una competenza organizzativa e non

tecnico-specialistica, concernerebbe tutto il CSM nei differenti ruoli e funzioni (Paniccia, Dolcetti, Giovagnoli, & Sesto, 2014, p. 205).

Oggi, con lo sviluppo delle teorie relazionali in psicoanalisi, si pensa all'oggetto quale componente psichica, simbolizzata emozionalmente, che consente successivamente una costruzione emozionale della realtà. In questo senso ogni relazione oggettuale "ha funzioni narcisistiche" e ogni oggetto, se inteso quale rappresentazione simbolico-emozionale di aspetti della realtà, ha una componente idealizzata, con valenze maniacali o depressive. Intendiamo sottolineare che la descrizione della "depressione", presente nel manuale di psichiatria, rappresenta una modalità di costruzione del mondo interno e di quello esterno propria di tutti noi. I "soggetti predisposti alla depressione", in quest'ottica, non esistono. O meglio, ognuno può essere visto, anche, come predisposto alla depressione. Così come ognuno di noi è predisposto all'ansia e alle emozioni che caratterizzano la nostra dinamica interna. Non entriamo nel merito di queste proposte teoriche che lo sviluppo "costruttivista" della psicoanalisi ha consentito (Carli, Paniccia, & Giovagnoli, 2010). Rimane il fatto, incontrovertibile, che le argomentazioni a favore di una supposta eziologia della depressione, in chiave psicoanalitica, presuppongono che per le dimensioni descritte, entro la dinamica descritta da Lalli, ci siano stati "normali" e situazioni che deviano dalla norma. Prendiamo, ad esempio, l'affermazione: "sono predisposti alla depressione quei soggetti che hanno intenso bisogno di essere approvati e elogiati, avendo una autostima molto bassa che deve essere continuamente sostenuta e rinforzata da un oggetto o da una situazione esterna". Si ipotizza un bisogno "normale" di essere approvati e elogiati, contrapposto a un bisogno "intenso". Con quali "misure" si definisce normale o intenso tale bisogno, se con Matte Blanco sappiamo che le emozioni, entro il modo d'essere inconscio della mente, sono sempre presenti in modo infinito? Nella dinamica del bisogno d'essere approvati, pensiamo ci sia una normalità e una patologia? Esiste un oggetto interno non idealizzato? E una idealizzazione che non sia tale per proteggere l'oggetto dall'ambivalenza che esso suscita? Esiste una relazione oggettuale non ambivalente? Ma c'è di più. Quando si afferma che la scomparsa dell'oggetto rassicurante può esporre l'oggetto stesso alla rabbia distruttiva di chi si sente abbandonato, si ha presente che tutto questo avviene entro dinamiche relazionali realmente presenti nell'esperienza del soggetto? Senza una prospettiva che consideri l'apporto di tutte le componenti della relazione e della dinamica collusiva che le caratterizza, è impossibile trarre conclusioni su un singolo soggetto. Ci sembra, in definitiva, altamente problematico il parlare di soggetti "predisposti" alla depressione (Carli & Paniccia 2014, pp. 39-40).

Laria (2014), adottando il modello biopsicosociale postulato da Engel (1977), afferma che non ha senso la dicotomia tra la diagnosi di depressione endogena e quella di depressione reattiva. Tale dicotomia sarebbe basata sull'origine biologica della prima rispetto all'origine psicosociale della seconda. In un passaggio successivo Egli rivendica una parità di statuto tra le due diagnosi perché vede in ognuna di esse la presenza delle tre componenti biopsicosociali (Laria, 2014, p. 52).

Viceversa, Paniccia et al. (2014) nel passaggio citato sostengono la necessità di una più chiara differenziazione tra le situazioni cliniche rivolte all'individuo e fondate sulla diagnosi e le altre basate sulla comprensione dei problemi di convivenza che richiedono competenze sulla relazione.

Le affermazioni espresse nei tre lavori appena citati assumono connotazioni particolari.

Laria critica la dicotomia tra depressione endogena e depressione reattiva e dissente con il D.S.M. V (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) laddove si assegna maggior rilievo ad alcune diagnosi (es. disturbo bipolare), mentre altre diagnosi (es. disturbi dell'adattamento), in quanto di origine non biologica, sono considerate minori o non sono ritenute disturbi. La posizione espressa da Laria presuppone un impianto teorico che considera "malattie" sia i disturbi bipolari sia i disturbi dell'adattamento, seppure adottando criteri di eziologia multifattoriale in accordo al modello biopsicosociale.

Dal lato opposto Paniccia et al. sostengono implicitamente l'idea che nell'ambito dei problemi mentali alcune situazioni cliniche sono categorizzabili come malattie, mentre altre attengono a problemi di relazione. In questo modo suggeriscono la necessità di una demarcazione più chiara tra malattie mentali e disturbi emotivi comuni, oppure tra situazioni cliniche fondate sulla diagnosi rivolte all'individuo e quelle basate sui problemi di convivenza che richiedono competenze relazionali.

Nell'ultima citazione Carli e Paniccia criticano il concetto di bisogno eccessivo contrapposto a un presunto bisogno normale e asseriscono, richiamandosi a Matte Blanco, che i processi di simbolizzazione alla base della depressione o degli stati bipolari sono gli stessi in ogni persona. È per tale ragione che appare inadeguato parlare di "soggetti predisposti".

In quest'ultimo passaggio ad essere messo in discussione, nella misura in cui il campo riguarda le simbolizzazioni affettive, pare essere il concetto stesso di malattia.

Le posizioni appena sintetizzate possono apparire contraddittorie, ma in realtà rispecchiano l'inevitabile difficoltà di approccio alla materia.

Mi chiedo a quali situazioni cliniche si riferiscono Paniccia et al. quando, nel contesto del Centro di Salute Mentale, parlano di assetti e settings fondati sulla diagnosi e rivolti all'individuo, i quali non prevedono competenze relazionali. Appaiono più comprensibili quelle situazioni nelle quali è rilevabile una

demarcazione tra domanda d'intervento posta per sé stessi e domanda d'intervento indirizzata a soggetti terzi, dove non vi è coincidenza tra committente e cliente; oppure possiamo pensare alla differenziazione tra relazioni terapeutiche che utilizzano interventi incardinati prevalentemente sull'interpretazione verbale e relazioni terapeutiche nelle quali l'intervento è basato su proposte relazionali agite che interrompono dinamiche relazionali ripetitive.

Viceversa, una netta demarcazione tra malattie mentali e disturbi emotivi comuni appare problematica sotto il profilo epistemologico, in quanto l'oggetto di analisi e d'intervento è il medesimo: emozioni e relazioni interpersonali.

Allora dove potrebbe essere situata una linea di demarcazione nel ricorso al modello diagnostico rispetto a quello relazionale se non in quei casi dove si registra la presenza di una osservabile disfunzione organica? Non sarebbe, tuttavia, il caso della gran parte delle cosiddette "malattie mentali" afferenti ai Centri di Salute Mentali.

Mi sono chiesto il motivo della scelta del termine "malattia mentale" per designare il titolo della Special Issue. È forse segno che se ne riconosce la congruenza? Oppure è indice della difficoltà nel trovare appropriate terminologie alternative? O ancora, esso rappresenta la dizione corrente più adottata e attraverso la quale è più semplice comunicare? Si vuole evitare il rischio di incorrere nell'accusa di negazione della malattia mentale che rievoca discussioni troppo ideologicamente connotate? In ogni caso mi pare che il concetto di malattia mentale, presupponendo gli assunti di norma e deviazione dalla norma, collida con le affermazioni di Carli e Paniccia espresse nell'ultima delle citazioni riportate, nella quale gli Autori mettono in discussione la teoria delle predisposizioni.

Nel mio contributo per la Special Issue mi sono soffermato a lungo sul caso clinico di Sergio, analizzandolo da più vertici di osservazione (Vari, 2014, pp. 172-177).

Quella situazione clinica (a cui si rimanda poiché non è possibile riassumere in questa sede) può essere definita attraverso una delle possibili diagnosi di "malattia mentale" oppure può essere rappresentata come espressione di acute criticità relazionali? Si possono utilizzare entrambe le categorizzazioni, come sottolinea Laria adottando il modello biopsicosociale? In tal caso attraverso quale coerente teorizzazione è possibile integrarle? Con riferimento alle affermazioni di Paniccia et al., è una di quelle situazioni cliniche che necessitano del ricorso alla diagnosi o di competenze sulla relazione? Nell'analisi del caso, chi scrive ha provato a mostrare come l'attenzione alle dinamiche relazionali e alle simbolizzazioni affettive che si creano nella triade "individuo/ambiente di convivenza/Servizio" consenta d'intervenire più efficacemente sulle criticità relazionali di quella situazione clinica. Allo stesso tempo ha cercato di evidenziare come il modello fondato sulla diagnosi riproduca e amplifichi le dinamiche relazionali che hanno generato i problemi e che hanno portato alla richiesta d'intervento. Inoltre il caso di Sergio consente di osservare i problemi che si originano quando non sono analizzate le dinamiche affettive derivanti dalla presenza di un committente diverso dal cliente, come sottolineano anche Carli e Paniccia nel loro contributo alla Special Issue.

Laria, che nel suo contributo esprime molte altre tesi interessanti con le quali concordare, in un passaggio del suo lavoro (2014, p. 61) afferma che la depressione dovrebbe essere spiegata come risultato di una combinazione di fattori: squilibrio neurochimico, esperienze passate, situazione di vita attuale, modalità di espressione delle emozioni. L'Autore sostiene che il trattamento dovrebbe prevedere le seguenti attività: somministrazione di farmaci, CBT (Cognitive Behavioral Therapy), psicoterapia dinamica utile a trattare le emozioni e, infine, interventi di natura sociale. Il fenomeno della depressione è letto attraverso i tre fattori biologico, psichico e sociale, sulla base di un modello causalistico lineare, sebbene multifattoriale. È evidente il tentativo di unificazione delle tre dimensioni in una cornice olistica, tuttavia non appare molto chiaro il modo in cui le tre dimensioni s'intersecano entro un quadro di riferimento teorico coerente.

In un'ottica epistemologica imperniata sull'ipotesi che l'oggetto scientifico sia inevitabilmente il prodotto di un "frame" di relazioni selezionate tra le numerose possibili, assume rilevanza il "punto di vista" dell'osservatore. In tal senso la multidimensionalità del modello biopsicosociale è assimilabile alla molteplicità dei punti di vista. Rimane la questione, espressa da Ceruti (1985), di come riuscire a coordinare i diversi punti di vista senza ricorrere a meta livelli assolutistici.

È legittimo, inoltre, dubitare che le diverse dimensioni del modello biopsicosociale siano ascrivibili allo stesso "dominio del discorso" (il set dei designata a cui il discorso intende riferirsi) e allo stesso "oggetto scientifico" nel senso espresso da Agazzi (2014). È bene chiarire che, per questo Autore, il costrutto di oggetto scientifico non corrisponde alla "cosa", materiale o immateriale che sia (per es. il singolo essere umano); esso ha una valenza binomiale:

A) un insieme di concetti che codifica proprietà e relazioni che rimandano a B;

B) un referente, ovverosia uno “stato di fatto” che esemplifica quelle proprietà, rilevabile solo attraverso operazioni pragmatiche.

Sebbene esuli dal tema di questo scritto, si tratta di una questione oltremodo significativa poiché riguarda la comparabilità dei differenti punti di vista.

Nella descrizione di Laria si ha l'impressione che i diversi fattori concorrano, ognuno per proprio conto, a comporre l'eziologia dei disturbi mentali come fossero tessere separate di un mosaico meccanicamente giustapposte. Se così fosse, si tratterebbe di una registrazione lapalissiana di dimensioni presenti inevitabilmente nei fenomeni, che poco aggiunge alla loro comprensione. Ad esempio ha senso la distinzione tra la dimensione psichica e quella sociale? Cosa significa considerare la povertà, come fa lo stesso Laria, quale fattore sociale rilevante nei disturbi mentali? Come si traduce in disagio mentale? L'adozione del paradigma causale non aiuta a dirimere la questione. La povertà che appare come un'oggettiva condizione materiale, assume un senso psichico non univoco e legato al periodo storico nella misura in cui coloro che si trovano a viverla simbolizzano emozionalmente tale condizione nelle forme peculiari proprie dello specifico contesto sociale di appartenenza. Tale modalità di lettura presuppone l'adozione di un paradigma circolare interattivo.

La relazione tra biologico e psicosociale pone altrettanti problemi. I sistemi biologici – come sostengono Maturana e Varela (1980/1985) – sono autopoietici, ovverosia non funzionano, come avviene per il sistema cognitivo, attraverso informazioni e rappresentazioni. Sono organizzazioni senza tempo nelle quali vi è solo perturbazione e ripristino entro il sistema. In altri termini il passaggio dal corpo alla mente implica trasformazioni equivalenti al passaggio dall'oggetto al senso. Interpretare un dipinto in termini di processi molecolari non avrebbe molto senso. La ricerca delle corrispondenze tra corpo e mente, tanto diffusa in questo periodo con lo studio dei neuroni specchio (Rizzolati & Sinigaglia, 2006), appare quanto mai problematica sotto il profilo epistemologico, proprio pensando alla metafore del dipinto.

Anche i diversi trattamenti clinici che Laria suggerisce rischiano di divenire una sommatoria di prassi ispirate a modelli teorici differenti e perfino contraddittori.

Nel caso clinico di Sergio prima citato (Vari, 2014) erano state approntate da più servizi diverse tipologie d'intervento: somministrazione di farmaci, colloqui psicologici, visite domiciliari infermieristiche, ricovero nel reparto psichiatrico. Gli interventi posti in essere erano esaminati adottando una prospettiva che tentava di evidenziare il complesso intreccio relazionale ed emotivo tra i protagonisti del contesto (Sergio, la madre, la fidanzata, il precedente Centro di Salute Mentale, il Reparto Ospedaliero Psichiatrico, il nuovo Centro di Salute Mentale). Nell'analisi del caso l'Autore perseguiva l'obiettivo di adottare una cornice teorico interpretativa il più possibile coerente nella quale venivano ipotizzate interconnessioni riguardanti sia la molteplicità dei soggetti implicati sia la varietà degli interventi effettuati. Si ha l'impressione, viceversa, che il modello biopsicosociale evada tale questione o accetti come inevitabile una lettura dei fenomeni attraverso modelli disparati e poco confrontabili.

Nei vari contributi alla Special Issue si è evidenziata una sostanziale convergenza nel ritenere riduzionistico l'intervento centrato sull'individuo. Lo spostamento di focus sulla relazione individuo/contesto ha fatto emergere i diversi approcci degli Autori alla materia; si è appena accennato al modello biopsicosociale proposto da Laria; in precedenza si era rivolta attenzione all'approccio di Carli e Panizza che parlano del contesto come costruzione derivante dai processi collusivi che presiedono alla reciprocità nelle relazioni. In quest'ultimo caso abbiamo una chiara teoria della relazione tra individuo e contesto, ovverosia del rapporto tra psichico e sociale.

Vediamo, ora, le posizioni espresse sull'argomento da altri Autori.

B. Guerin e P. Guerin (2014) propongono un interessante modello descrittivo delle forme organizzative assunte dalle relazioni interpersonali nei diversi sistemi sociali. Questi studiosi sostengono un approccio antropologico fondato sull'immersione e partecipazione alla vita di comunità. Gli Autori affermano che il metodo da loro proposto è l'unico che consente di comprendere i rapporti tra individuo e contesto.

Nelle comunità non occidentali le relazioni di scambio sono organizzate secondo un modello denominato “Kin-based”:

Gruppi Kin-based e close communities. Queste relazioni sono caratterizzate da contatti stretti e regolari con famiglie e comunità che forniscono in generale un forte supporto. Queste forme di relazione sono comuni in molte comunità etniche e indigene, come in alcune comunità religiose occidentali (p. 73, *traduzione a cura dell'Autore*).

La loro tesi è che gli interventi psichiatrici e psicoterapeutici basati su osservazioni “short term” e “cross sectional” sono coerenti con la forma organizzativa denominata “stranger” – predominante in Occidente – dove le relazioni di reciprocità sono mediate dal denaro. Gli stessi interventi clinici, viceversa, risultano inadeguati nelle comunità non occidentali. Propongono in alternativa un approccio incentrato sul “long term participatory method”. L’obiettivo che si pongono consiste nell’individuare i conflitti e le marginalità che si generano nella specifica comunità d’appartenenza per poi favorire un processo di reintegrazione della persona nel tessuto sociale. Negli esempi clinici riferiti si osservano interventi tesi a ricostruire una coesione sociale venuta a mancare.

La prospettiva di interpretazione dei fenomeni adottata dai Guerin e il loro modello sullo scambio sociale nella comunità, sebbene molto interessanti, lasciano aperte alcune questioni non secondarie. Come si leggono le difficoltà che inevitabilmente s’incontrano nel lavoro d’integrazione? Integrare significa aiutare l’individuo a ricucire la cesura aperta nella relazione con la comunità ripristinando il precedente assetto, oppure implica lo sviluppo di nuove dinamiche relazionali che presuppongono una trasformazione della comunità?

Ritorniamo al caso di Sergio (Vari, 2014), utilizzato come esempio clinico ricorrente in queste riflessioni. La progettazione del matrimonio con la sua partner scompensa l’assetto relazionale esistente, provocando fenomeni di rottura dell’integrazione nel microcontesto familiare. In una prima fase i servizi sanitari col proprio intervento accentuano i problemi nella misura in cui, attraverso agiti emozionali, si lasciano inconsapevolmente cooptare nelle fantasie collusive esistenti, divenendo essi stessi partecipi della conflittualità che si genera. Solamente l’analisi delle dinamiche affettive presenti entro quel contesto (che dunque include anche i servizi di salute mentale) consente di ipotizzare – dotandoli di senso – nessi che legano e integrano il precedente assetto collusivo violato e quello attuale, corrispondente alla crisi in atto.

In altri termini il processo integrativo non si genera automaticamente sulla base di modalità fattive d’inserimento nella comunità, ma richiede un modello di lettura delle simbolizzazioni affettive che in esso si dispiegano.

In ultimo suscita alcuni interrogativi la distinzione proposta dai Guerin tra approcci tradizionali fondati sull’individuo, secondo loro efficaci nelle società occidentali, e metodo participatory, adatto alle società organizzate intorno a relazioni “Kin-based”. Essa sembra supporre l’assunto che gli interventi incardinati sull’individuo siano appropriati nelle società occidentali poiché coerenti all’organizzazione sociale. È lecito eccepire che l’obiettivo dell’integrazione entro il contesto sociale possa essere ritenuto trasversale ai differenti sistemi sociali. La proposizione di un modello centrato sull’individuo per l’Occidente e di un modello basato sulla relazione individuo/contesto per le società non occidentali non convince perché, indipendentemente dalle forme di organizzazione comunitaria, vi è sempre una relazione tra individuo e contesto.

Triliva e Georga (2014) nel loro lavoro rilevano puntigliosamente l’inadeguatezza di una psicologia clinica tutta appiattita sulla tecnicità e sull’intervento rivolto al mondo interno dell’individuo. Mostrano quanto tale approccio sia inefficace di fronte ai gravi problemi relazionali suscitati dalla crisi socioeconomica della Grecia.

I problemi psicosociali che affiorano nella domanda rivolta ai servizi stentano a essere inquadrati dalla gran parte degli psicologi greci e sembrano essere vissuti come devianza rispetto ai problemi psicologici classici e individuali affrontati solitamente con la psicoterapia. Vi è un’evidente difficoltà a collocarli quale oggetto della propria professione. Gli Autori affermano che da parte degli psicologi viene invocata l’adozione di misure di supporto, a sua volta percepite come qualcosa non corrispondente ai propri modelli professionali. Il supporto sembra essere concepito come un intervento umanitario che sostituisce l’intervento psicologico clinico.

Triliva e Georga suggeriscono che a fronte della domanda psicosociale presente nell’utenza greca gli psicologi debbano assumersi il ruolo di catalizzatori di forme di resistenza organizzata nei confronti delle misure di austerità. Leggiamo un passaggio:

Le interpretazioni dei terapisti non sono in grado di mostrare come la delegittimazione e la de-autenticazione sociale (Buchanan, 2012) possono essere rettificata attraverso la resistenza come evidenziato nel trattato di Skoura et al. (1991) sulla scarsità, la fame, il terrorismo, l’incertezza e la durezza delle condizioni che prevalsero negli anni dell’occupazione. Secondo Skoura et al. (1991) l’occupazione della II guerra mondiale fu sconfitta tramite la resistenza (lottando per contrastare o vincere l’occupazione straniera) che fu un atteggiamento attivo e terapeutico (p. 147, *traduzione a cura dell’Autore*).

Per la comunità come per l’individuo è asserita la valenza terapeutica della resistenza.

Se la questione viene posta in questi termini è inevitabile chiedersi cosa differenzerebbe la psicologia clinica dalla militanza politica. Non si corre il rischio di agire dinamiche emozionali attraverso l'azione politica tout court, in assenza di un chiaro modello psicologico clinico di interpretazione della relazione individuo/contesto? Nella posizione espressa da Triliva e Georga, i quali fanno riferimento anche ad altri Autori greci, il popolo greco è rappresentato come colonizzato e messo sotto scacco dall'Europa e dalla Germania. L'attuale crisi viene paragonata a quella occorsa durante l'occupazione subita dalla Grecia nella seconda guerra mondiale.

La lettura da loro proposta appare fondata sullo schema relazionale vittima/carnefice. Questa modalità di rappresentazione del fenomeno comporta il pericolo di posizioni caratterizzate da parziali e forti identificazioni emozionali che possono tradursi in agiti. Si avverte una sorta di appello comune contro il nemico.

Pur senza negare le rilevanti responsabilità delle politiche europee, essenzialmente improntate a un'austerità poco attenta alla condizione dei popoli, adottando un modello circolare e interattivo sarebbe plausibile ipotizzare che il popolo greco, come del resto anche quello italiano, abbia contribuito attivamente alla determinazione dell'attuale crisi socioeconomica attraverso la costruzione di culture caratterizzate da specifiche fantasie e agiti collusivi fondati su predatorietà e individualismo (vedi clientelismo, nepotismo, corruzione, evasione fiscale e così via).

Se la gran parte degli psicologi dei servizi sono in difficoltà poiché arroccati in prassi e teorie centrate sull'intrapsichico, l'alternativa che gli Autori suggeriscono sembra un'identificazione tra psicologia clinica e militanza politica. Le dinamiche relazionali e le simbolizzazioni affettive che si originano entro il contesto sociale critico, portate ai servizi di salute mentale tramite la domanda dell'utenza greca, non vengono sufficientemente analizzate, comprese e utilizzate come risorsa per il cambiamento.

Il contributo di Ornelas, Esposito e Sacchetto (2014) sottolinea l'importanza dell'integrazione nelle comunità naturali nell'intervento per le malattie mentali. L'approccio, ispirato al contestualismo ecologico, è così descritto:

Questo approccio fornisce un quadro concettuale che sposta il focus dell'intervento dalla diagnosi e l'identificazione del deficit all'osservazione delle persone nei loro contesti quotidiani di vita. L'obiettivo di questa osservazione è acquisire una "conoscenza situata" (Kelly, 2006). Si intende per conoscenza situata "la conoscenza che deriva dall'analisi delle persone in merito a specifici luoghi, contesti e situazioni a cui partecipano" (Kelly, 2006, p. 189). Questa conoscenza è preziosa al fine di comprendere come le risorse presenti nelle comunità locali possono essere mobilitate e utilizzate per espandere le reti sociali delle persone con esperienza di malattia mentale, per facilitarle nei processi di riconquista di ruoli sociali significativi e per rafforzare la loro partecipazione alle comunità. Invece di creare contesti segreganti in cui le persone vivano, lavorino ed interagiscano, l'approccio contestuale ed ecologico promuove l'integrazione nelle comunità "naturali", ossia nei contesti comuni al resto dei cittadini (p. 224).

L'orientamento appare simile a quello proposto da B. Guerin e P. Guerin. Il lavoro di Ornelas et al. inquadra la relazione individuo/contesto in modo circostanziato, rimarca la necessità di facilitare la partecipazione attiva dei soggetti al progetto terapeutico, critica una visione basata sul potere forte dell'esperto. Sono descritte dettagliatamente le prassi operative coerenti con tale obiettivo e viene mostrato come si organizza una rete di opportunità sociali per favorire il processo integrativo, soprattutto in ambito formativo e lavorativo. Il lavoro resocontato costituisce un efficace esempio di intervento che crea e implementa risorse e competenze non solo nel singolo ma nella comunità.

Scorrendo l'articolo si osserva un grande impegno nel delineare i percorsi operativi. Anche in questo lavoro, tuttavia, in modo simile a quanto è stato prima rilevato proposito del contributo dei Guerin, si ha l'impressione che il tratto prevalente dell'intervento consista nella costruzione "fattiva" di questa rete di opportunità per l'inserimento dei malati mentali. Ritorna in mente il ricordo di come all'epoca della riforma psichiatrica italiana (legge 180/1978) d'ispirazione basagliana, si era ingenerata la convinzione che la trasformazione dei servizi e delle strutture territoriali conducesse di per sé alla soluzione dei problemi d'integrazione dei malati mentali.

I concetti di recovery, di empowerment e di approccio alle capacità che Ornelas et al. adottano descrivono obiettivi che possono facilmente assumere una predefinita valenza valoriale. Si prenda, per intenderci, il significato dell'approccio alle capacità. Gli Autori fanno riferimento a due studiosi, un economista (A. Sen) e una filosofa (M. Nussbaum), per elencare dieci capacità misurabili indicative della qualità della vita nei diversi sistemi sociali:

Nell'ambito di questi studi, le capacità sono definite come libertà sostanziali (substantive freedoms), ovvero come le possibilità che gli individui hanno di realizzarsi ed avere una degna qualità di vita, a fronte delle loro condizioni interne (intese nei termini di abilità e competenze individuali) ed esterne (intese come caratteristiche proprie del contesto socioculturale di riferimento) (Nussbaum & Sen, 1993). L'approccio delle capacità non si limita ad una identificazione delle risorse disponibili per ogni individuo, ma implica una riflessione su cosa ogni persona sia in grado di fare ed essere nel suo particolare contesto di vita, su quanto questa scelta (di fare ed essere) sia libera e su quanto la sua dignità in qualità di essere umano sia riconosciuta e valorizzata (Ornelas et al., p. 226).

Le varie capacità, ispirate al concetto di libertà, appaiono postulate come assunti universali che misurano la qualità della vita, riproponendo in tale veste un approccio essenzialista.

Si può affermare che mentre Triliva e Georga nella loro visione del rapporto tra individuo e contesto pongono l'accento sull'organizzazione politica, Ornelas et al. si soffermano maggiormente sulla costruzione della rete sociale e sul reperimento delle risorse ad essa necessarie.

In ogni caso la questione non può esaurirsi unicamente nella ricchezza delle opportunità operative messe a disposizione. Si pensi, solo per fare esempio, alla possibile pressione inconscia che può essere esercitata sul soggetto affinché utilizzi la rete di risorse messa in campo e al probabile vissuto d'impotenza da parte degli operatori qualora questo non avvenga; ai possibili e sottili risvolti in termini di dinamiche colpevolizzanti.

In altre parole si vuole mettere in risalto di nuovo che la rete sociale costituisce una risorsa terapeutica solo in presenza di un modello di lettura delle dinamiche relazionali e delle simbolizzazioni affettive che in essa si dispiegano. In assenza di un simile approccio viene implicitamente sostenuto l'assunto che le opportunità messe a disposizione (lavoro, formazione etc.) siano associate a univoche e prevedibili dinamiche emotive, caratterizzate da una connotazione valoriale positiva; in tal modo le stesse opportunità finiscono per diventare precetti cui conformarsi.

Il ruolo assegnato da Ornelas et al. agli psicologi clinici è esplicitamente espresso col termine di "advocacy" (sostegno, patrocinio) e "facilitatore" (p. 234).

Ancora una volta sembra non delinearsi una specifica competenza professionale degli psicologi, competenza che rischia di dissolversi in un generico ruolo sociale.

Gli stessi Autori, nella parte finale del loro contributo, parlano delle difficoltà emozionali osservate nei soggetti in campo durante il loro lavoro, senza riconoscere chiaramente che l'oggetto specifico della competenza psicologica consiste proprio nell'analisi delle dinamiche affettive e relazionali che affiorano nel corso del processo integrativo e che coinvolgono tutti i soggetti, individuali e istituzionali.

Conclusioni

Nei contributi presi in esame si osserva una generale concordanza tra gli studiosi nel ritenere gli approcci fondati sull'individuo riduttivi e poco efficaci.

Aspetti più problematici e differenze emergono quando si tratta di definire meglio i contorni dei modelli teorici e operativi che estendono l'oggetto di studio al rapporto col contesto sociale. Si ha l'impressione che focalizzare l'attenzione sulla relazione individuo/contesto possa, in assenza di una teoria forte, rendere meno evidente l'identità professionale dello psicologo clinico, la specificità della sua competenza. Quest'ultima rischia di opacizzarsi in una sorta d'impegno sociale fattivo e umanitario, oppure nella militanza politica. Se così fosse l'alternativa sarebbe tra competenza psicologico clinica strettamente associata all'intervento sull'individuo e, al polo opposto, un impegno sociale che non prevede chiare competenze psicologiche.

Nel corso della propria storia la psicologia clinica si è molto interessata al mondo interno dell'individuo e alla famiglia; minore attenzione è stata rivolta allo studio e all'intervento su contesti più allargati. In realtà esistono modelli teorico operativi d'intervento sulla relazione individuo/contesto fondati su specifiche competenze psicologico cliniche, come si può evincere scorrendo alcuni dei contributi nella Special Issue. In essi si evidenzia la differenza tra competenza della psicologia clinica e altre competenze o dimensioni della convivenza, non meno rilevanti, quali l'impegno sociale e la militanza politica.

Sotto questo aspetto la psicologia clinica è in grado di dare un rilevante contributo perseguendo finalità integrative piuttosto che curative e intervenendo sulle difficili relazioni interpersonali presenti nei contesti ove si manifesta la malattia mentale.

Bibliografia

- Agazzi, E. (2014). *Scientific Objectivity and Its Contexts*. Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer International Publishing.
- Bucci, F., Campagnola, F., & Taguchi, K. (2014). The shifting place of madness in modernizing Japan: Interview with Kazushige Shingu. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 109-139. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2014). Il fallimento della collusione: Un modello per la genesi della “malattia mentale” [The failure of collusion: A model for the genesis of “mental illness”]. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 9-46. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Ceruti, M. (1985). L’hybris dell’onniscienza e la sfida della complessità. In M. Cerruti (Ed.), *La sfida della complessità* [The challenge of complexity] (pp. 1-25). Milano: Feltrinelli.
- Eco, U. (1975). *Trattato di semiotica generale* [Treatise of general Semiotic]. Milano: Bompiani.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4296), 129-136.
- Guerin, B., & Guerin, P. (2014). “Mental Illness” Symptoms as Extensions of Strategic Social Behaviour: The Case of Multicultural Mental Health. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 67-81. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Laria, A. (2014). In Search of Mental Health’s Holy Grail: The Era of Biology, CBT, and Other Empirically-based Recipes. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 47-66. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Matte Blanco, I. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti* [The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-Logic] (P. Bria , Trans.). Torino: Einaudi (Original work published 1975).
- Maturana, H.R, & Varela, F.J. (1985). *Autopoiesi e cognizione: La realizzazione del vivente* [Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living] (A. Stragapede, Trans.). Venezia: Marsilio (Original work published 1980).
- Ornelas, J., Esposito, F., & Sacchetto, B. (2014). Contributi di una organizzazione su base comunitaria per la trasformazione del Sistema di Salute Mentale in Portogallo [Contributions of a Community-Based Organization for the Transformation of the Mental Health System in Portugal]. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 220-239. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Paniccia, R.M., Dolcetti, F., Giovagnoli, F., & Sesto, C. (2014). La rappresentazione dell’Accoglienza presso un Centro di Salute Mentale romano a confronto con la rappresentazione dei Servizi di Salute Mentale in un gruppo di cittadini romani: Una ricerca intervento [The representation of the Reception Service in a Mental Health Center of Rome confronted with the representation of Mental Health Services in a group of roman citizens: A reasearch-intervention]. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 187-208. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Rizzolati, G, & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai, il cervello che agisce e i neuroni specchio* [I Know What You Do, the Brain Acting and the Mirror Neurons]. Milano: Raffaello Cortina.
- Triliva, S., & Georga, A. (2014). Austerity and precarity: The social milieu creeps into the psychotherapeutic context. *Rivista di Psicologia Clinica, 1*, 140-153. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Vari, R. (2014). Centro di Salute Mentale: La relazione “individuo/ambiente di convivenza/Servizio” nell’intervento clinico per le malattie mentali [Mental Health Center: The relationship

“Individual/Social Coexistence Milieu” in the Intervention for Mental Illness]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 170-185. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Winnicott, D.W. (1974). *Gioco e realtà* [Playing and Reality] (G. Adamo, R. Gaddini, Trans.). Roma: Armando Editore (Original work published 1971).